



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

LAS DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN Y SERVICIOS DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JOVENES
ESTUDIANTES DE BACHILLERATO, QUE VIVEN EN
COMUNIDADES INDÍGENAS DEL ESTADO DE MÉXICO, 2006-2012.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA

MA. PATRICIA TERESA PÉREZ RENDÓN

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ROSA MARÍA LARROA TORRES



MÉXICO D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria:

A los dos más importantes estudiantes que conozco,
personajes ilustres y entrañables de mi corazón, con quienes
comparto partes de mi vida:
'Miau' y Dav.

Agradecimientos:

Hay trabajos con historias complicadas.

Hay pendientes que quiero saldar (conmigo) y agradecer(me).

A las y los estudiantes, que participaron en este trabajo.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, magna casa de estudios, de cátedra, de investigación, y lo que representa como importante espacio de libertad de expresión.

A las mujeres, que revisaron este trabajo: Dra. Rosa María Larroa Torres, gracias por tú generosa paciencia; a la Dra. María Dolores Muñozcano Skidmore, Dra. Margarita Millán Moncayo, Mtra. Guadalupe Cortés Altamirano, Dra. Patricia Claudia Brogna.

CONTENIDO

5	/INTRODUCCION
14	/CAPITULO 1. DIFERENTES ADOLESCENCIAS Y JUVENTUDES
14	/Un acercamiento a la definición del concepto de Jóvenes
18	/Panorama General: Población, Desigualdad y Pobreza
21	/Contexto demográfico y socioeconómico de la población joven en el estado de México: Plantel escolar participante.
29	/CAPITULO 2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DE LOS CONCEPTOS A LA OPERACIONALIZACIÓN Y PRÁCTICA.
31	/Precisiones en el contenido y el sentido del concepto de Salud Sexual y Reproductiva.
44	/Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA). Lo hecho hasta ahora.
59	/CAPITULO 3. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO (DCP).
60	/Sobre la metodología y herramientas empleadas
66	/Los Resultados y el Análisis
67	/Entrevista Auto-Aplicada
71	/A. Relaciones sexuales sin protección
75	/B. VIH
79	/C. Infecciones de transmisión sexual
80	/D. Unión de pareja e inicio de la vida sexual
82	/E. Embarazos no deseados
85	/F. Maternidad en soltería
92	/Ficha de identificación de necesidades
95	/Buzón de preguntas
98	/Mapa de servicios
100	/Algunas conclusiones del DCP
110	/CONCLUSIONES GENERALES Y ALGUNAS PROPUESTAS
125	/BIBLIOGRAFIA - HEMEROGRAFIA
137	/ANEXOS
138	/ Formato de Entrevista Auto-Aplicada (EA-A)
145	/ Presentación de Resultados de la EA-A en Cuadros y Tablas Informativas
187	/ Formato de Ficha de Identificación de Necesidades.

INTRODUCCION

México tiene una población de 33 millones de jóvenes¹, y existen fechas², eventos conmemorativos y acciones del gobierno mexicano para atender a este grupo poblacional; pero, la realidad por otra parte, es que las personas jóvenes que viven fuera de las grandes ciudades están excluidas de la atención y servicios, en materia de salud sexual y reproductiva y son quienes más desinformadas y desatendidas están.

Distintas investigaciones sobre pobreza, señalan que las condiciones en que viven las poblaciones indígenas están asociadas a la insuficiente o inexistente estructura de oportunidades para las personas jóvenes de localidades rurales, (Zúñiga, 2008: 27) y se acentúan mucho más las desigualdades, en jóvenes que viven en comunidades indígenas del país. Para las y los jóvenes que viven en localidades indígenas, *no existen* programas específicos preventivos y servicios de salud sexual y reproductiva, es decir, carecen de información oportuna y condiciones favorables para el ejercicio de su vida sexual y reproductiva, en el tránsito a su vida adulta; o bien, si existen, son inoperantes por estar dirigidos a jóvenes no indígenas; ocurre también, que sólo ha permanecido el interés del control de su fecundidad, a través de la promoción del uso de métodos anticonceptivos, pero el concepto de salud sexual y reproductiva, no es equiparable sólo a servicios de Planificación Familiar (PF).

Cervantes (2000) señala que los derechos reproductivos son multidimensionales por naturaleza jurídica. De la misma forma, son derechos de orden social porque requieren, la presencia de un Estado Nacional en funciones de servicio y provisión, para que estos se puedan realizar, de manera que hombres y mujeres puedan ejercerlos con plenitud y libertad; *pero*, la presencia de estos, no necesariamente asegura que el Estado tenga la voluntad política de distribuirlos o que la sociedad tenga acceso a ellos. En el caso de las y los adolescentes y jóvenes que viven en comunidades indígenas, sus comportamientos sexuales

¹ www.inegi.org.mx (Última consulta agosto de 2014).

² 12 de agosto, *Día Internacional de la Juventud*; 26 de septiembre *Día de la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes*.

En 2005 se aprueba la Convención Iberoamericana de Derechos de los jóvenes, primer instrumento internacional que reconoce los derechos de los jóvenes como sujetos de derechos

y reproductivos experimentados a edades tempranas, les repercuten a nivel individual, pero afectan también el comportamiento demográfico y la situación económica de la totalidad de un país (Schiavon, 2008: 302).

Las personas jóvenes de comunidades indígenas viven en condiciones de pobreza, lo que aumenta sus dificultades para que accedan a servicios especializados: otros factores a considerar que influyen en la desatención de su salud sexual y reproductiva, son, el arraigo de sus costumbres -la idea de que ser madre “realiza” a las mujeres-; la inequidad que existe entre los géneros en sus núcleos familiares y comunidades; y, sin lugar a dudas, un factor más de considerar, es el desinterés de ellas y ellos por informarse.

Revisar y analizar la desigualdad socioeconómica en que viven, y la inexistencia, ineficacia o la falta de servicios de salud sexual y reproductiva, que atienden a jóvenes que viven en comunidades indígenas, es el objeto de estudio de este trabajo y, en este marco se desarrolla el contenido de la presente investigación. El análisis e investigación sobre las condiciones y la operacionalización de programas de atención de la salud sexual y reproductiva para jóvenes que viven en comunidades indígenas, son cuestiones que hay que *seguir indagando, debatir y proponer sobre la situación actual*, para hacer posible que esta población se desarrolle en un entorno socioeconómico y sociocultural favorable.

Son tres, los objetivos que se pretenden en esta investigación, para analizar lo que sucede en un país con una inequitativa distribución de la riqueza económica, social, cultural y política; y, las repercusiones que esto tiene en la vida sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas:

- ⌘ Analizar los lineamientos del *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud sexual y Reproductiva para Adolescentes*, particularmente los que conciernen en la atención y servicios para jóvenes de comunidades indígenas.
- ⌘ Realizar un Diagnostico Comunitario Participativo (DCP) con estudiantes de bachillerato que viven en comunidades indígenas, que identifique y considere sus perspectivas y necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y

μ Plantear propuestas -desde la realidad y necesidades identificadas, de las/os mismas/os jóvenes-, que incidan en las estrategias y acciones de los programas y políticas públicas de salud sexual y reproductiva; y, atiendan las problemáticas específicas de esta población.

Si bien, por un lado, las nuevas generaciones de jóvenes que viven en comunidades indígenas, han alcanzado mayores niveles de escolaridad, también es cierto, que son jóvenes que no usan condón, esto una realidad innegable. Y si en los discursos políticos de planes y programas, se plantea la urgente necesidad de elaborar e implementar políticas públicas, dirigidas principalmente a reducir el embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes, disminuir el VIH y otras ITS, así como promover conductas sexuales y reproductivas, saludables y responsables entre la población joven ¿qué hacer y cómo hacerlo de manera efectiva entre las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas, si es la población, que por su origen social vive excluida y con todas las desventajas sumadas?

La presente investigación, desarrolla tres capítulos, en cada uno de ellos, se van desarrollando los conceptos centrales según lo vaya requiriendo la investigación³; se incluye además, un apartado de conclusiones generales y algunas propuestas; y, un apartado correspondiente a los Anexos.

En el primer apartado del capítulo uno, se revisan algunos elementos que permitan comprender la construcción del concepto de adolescentes y jóvenes (en los niveles personal, familiar, comunitario y social); un segundo apartado revisa el pensamiento de Bourdieu que aporta elementos de análisis, para explicar los mecanismos por medio de los cuales, las instituciones y prácticas sociales, son fuente de desigualdad y de exclusión, el discurso sociológico de Bourdieu explica esta desigualdad social y ayuda a entender lo que aquí se plantea: las y los jóvenes estudiantes de bachillerato (u otro nivel escolar) que viven en comunidades indígenas, se desarrollan en sus ámbitos con mayores desventajas; desventajas, que tienen que ver con las asimetrías sociales, y no son un asunto de incapacidad intelectual. El tercer apartado aborda elementos contextuales demográficos y

³ Por lo que no hubo necesidad de elaborar un capítulo exclusivamente teórico

socioeconómicos de la población objeto de estudio, además, se plantea el cuestionamiento sobre ¿qué conforma actualmente la identidad juvenil en las comunidades mazahuas de esta región? En este trabajo se reconoce que es una cuestión de gran interés, pero, se aclara que aunque se apuntan algunas reflexiones, es un tema en el que no se profundiza en esta investigación.

Dice Figueroa (2001b: 79), que la salud sexual y reproductiva es más que acceso a servicios e información en un ámbito institucionalizado, implica un conjunto de comportamientos, actitudes, preferencias y papeles estructurados, a partir de los cuales los individuos le van dando forma a su entorno sexual y reproductivo.

Desigualdad, y salud sexual y reproductiva, son los principales ejes teóricos de este trabajo, y paralelamente se van abordando y desarrollando otros más, en la investigación que aquí se presenta.

El tema de salud sexual y reproductiva adquirió fuerza internacional a principios de la década de los noventa y en México ocurrió lo mismo; hay que revisar, cómo ha permeado y trascendido este concepto y su operacionalización, para atender a las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas; este es el sentido del análisis en el segundo capítulo. El primer apartado revisa la trayectoria del concepto de salud sexual y reproductiva, los enfoques, los debates teóricos y el abordaje metodológico desde la perspectiva de las ciencias sociales; sin pretender con ello, profundizar en un debate.

El segundo apartado de este mismo capítulo, revisa el *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA)*, y la persistencia de las prácticas unilaterales del Estado y sus instituciones gubernamentales, al elaborar políticas públicas rebasadas por los acontecimientos, y en donde; subgrupos específicos como las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas, no se encuentran consideradas y atendidas del todo. Atender a este sector de la población, requiere de acciones de diversa índole que reviertan los efectos negativos ante:

- i. La deserción escolar de las y los jóvenes estudiantes que enfrentan un embarazo no planeado,
- ii. el incremento de mujeres adolescentes/jóvenes viviendo su maternidad en soltería, atrapadas en el ciclo de pobreza ininterrumpida, generación tras generación,
- iii. el incremento de hombres adolescentes/jóvenes evadiendo la responsabilidad de su paternidad,
- iv. el incremento de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

En el tercer capítulo, se compendian y concretan el segundo y tercer objetivo de este trabajo. En él se presenta la investigación de carácter cualitativo realizada, no requirió de la formulación y comprobación de hipótesis, pues en el mismo proceso, se fueron identificando las ineficiencias e insuficiencias en la atención y servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a esta población. En el capítulo tercero, se presentan también, los resultados alcanzados del Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) implementado, resultados que posibilitan contribuir en la formulación de propuestas para la elaboración de políticas públicas.

La metodología:

El DCP, se realizó con jóvenes estudiantes, de la Escuela Preparatoria Oficial No. 239 en la comunidad de mayorazgo, del municipio de San Felipe del Progreso, estado de México.

Participaron y expresaron sus opiniones, casi 70 estudiantes, de 30 barrios y localidades indígenas de este municipio. El DCP fue la forma idónea de acercarse con cada estudiante, fue y es también, la forma de dar importancia a sus voces y participaciones, conocer sus puntos de vista y necesidades sobre salud sexual y reproductiva.

Tuvo la particularidad además, de que en el inicio del proceso del diagnóstico, fue pensado y elaborado, un formato de Entrevista Auto-Aplicada (EA-A), de manera que las y los estudiantes de la Escuela Preparatoria, fueron, quienes directamente participaron en la ejecución y realización de su propia entrevista. En la EA-A, se revisaron, perspectivas,

opiniones e información que las y los estudiantes tienen, sobre los siguientes componentes en materia de salud sexual y reproductiva:

- A. Relaciones sexuales sin protección.
- B. VIH – Sida.
- C. Infecciones de transmisión sexual.
- D. Unión de pareja.
- E. Embarazo no deseado.
- F. Maternidad en soltería.

En el llenado básico de datos de la EA-A, se omitió pedir el nombre y apellidos a las y los estudiantes, con el objetivo de que el anonimato, las/os hiciera sentir cómodas/os, y esto a su vez, les facilitara que sus respuestas, fueran lo más verídicas posibles.

Otras técnicas y actividades para la recolección de datos e información sobre estos mismos componentes, fueron:

- a) Ficha de Identificación de Necesidades o Prioridades.
- b) Buzón de preguntas.
- c) Mapa de servicios.

El periodo de desarrollo del DCP, abarcó de septiembre a diciembre del 2013

El segundo apartado de este mismo capítulo, presenta la parte correspondiente al análisis de los resultados, en él se presentan las respuestas planteadas de las y los estudiantes, desde sus perspectivas y necesidades identificadas sobre salud sexual y reproductiva; el tercer y último apartado del capítulo, fue denominado “Algunas conclusiones del DCP”.

Dos anotaciones poco vinculadas con las materias centrales del trabajo, pero importantes de resaltar: las y los jóvenes participantes, son estudiantes, que cada vez más, como en otras regiones indígenas del país, pierden el interés por hablar o revitalizar su lengua; y, por otra parte, es real e innegable que faltan opciones creativas, inteligentes, cercana a ellas/os que

las/os incentiven a re-direccionar la cultura indígena de sus localidades y/o, preservar la lengua mazahua⁴. Ellas y ellos están en sus propios procesos, en búsqueda de sus nuevas identidades.

La parte final del trabajo presenta, un capítulo de conclusiones generales y algunas propuestas, en donde se desarrollan reflexiones y aportaciones, derivadas de la experiencia de todo el trabajo y proceso, del desarrollo del DCP y, de las mismas lecturas realizadas. Y se presenta asimismo, un capítulo de Anexos, en donde están incluidos los cuadros y tablas informativas elaboradas, resultados de la implementación del DCP.

Finalmente, quiero compartir lo siguiente: mis últimos 10 años laborales, han sido de colaboración en organismos de la sociedad civil (OS'c) que trabajan en la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas adultas, y derechos humanos en general, llama mi atención de sobremanera, la demanda e interés, (al final de las actividades que se desarrollan conjuntamente con ellas), en el sentido de que sus hijas/os adolescentes y jóvenes, y las/os jóvenes en general de sus comunidades, sean quienes también reciban información en estos temas. En 2014, participé en la implementación del proyecto *“Promoción del autocuidado de la salud sexual y reproductiva de mujeres mazahuas en los estados de México y Michoacán, a través de una campaña de información y detección de ITS, en el contexto de migración”*⁵, y, en donde de manera reiterada, las mujeres participantes y prestadoras/es de servicios de salud solicitaban que dichas acciones de difusión, se hicieran extensivas a centros escolares de nivel medio básico y medio superior y, a jóvenes en general.

Aunque hay avances en el trabajo con mujeres indígenas adultas, es un asunto innegable que falta mucho por hacer con ellas y para ellas, pero, el trabajo con adolescentes y jóvenes de

⁴ Además de tener su propia cultura, en las regiones indígenas, puede coexistir población hablante y no hablante de su lengua indígena. Independientemente del debate sobre la(s) definición(es) de pueblos o poblaciones indígenas, en el desarrollo de este trabajo, indistintamente, se hará referencia a ellas, como comunidades o localidades indígenas. El 28 de enero de 1992, el Diario oficial de la federación publicó una adición al artículo Cuarto Constitucional que dice: La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, reconociendo de esta forma el derecho a la diferencia, sus derechos individuales y otros derechos inherentes de los pueblos indígenas.

⁵ Ejecutado por el grupo *Interdisciplinario de Consultoría y Trabajo, Dezna, A.C.*, con financiamiento del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA); proyecto que entre otras acciones, llevó a cabo, previo consentimiento informado y, pre y post consejería, la aplicación de pruebas duales rápidas de VIH y sífilis.

estas mismas comunidades es reciente y a veces inexistente, las mismas mujeres adultas de las comunidades, lo reconocen así. Hace no más de un lustro, se han iniciado estos trabajos de investigación, principalmente al sur del país. Es una cuestión en la que se está avanzando sin lugar a dudas.

Realizando una breve revisión de materiales alusivos al tema y población objeto de estudio, identifiqué los siguientes trabajos:

El Instituto Hidalguense de las Mujeres, se dio a la tarea de realizar un diagnóstico sobre las y los jóvenes indígenas del estado de Hidalgo, en donde plantean que:

“El idioma, la inaccesibilidad geográfica y la exclusión a la que tradicionalmente se ha visto expuesta la población indígena (son) barreras que han obstaculizado la generación de investigaciones que permitan conocer las...especificidades del comportamiento sexual y reproductivo de la población indígena ... es fundamental conocer las prácticas y percepciones que tiene la población joven indígena sobre la sexualidad...considerando las especificidades de su contexto sociocultural, con miras a diseñar estrategias particulares...y a cerrar las brechas de desigualdad en el acceso a la información ...” (Olivares, Ferreto E., *et al*, s/f: 5)

Por su parte el Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, A.C. (GIMTRAP), presentó durante el 2014, un material que plantea el vacío y la ausencia de políticas públicas e intervenciones institucionales, que atiendan a población indígena en general, y más aun en particular, a adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas. No hay políticas públicas focalizadas para este sector, así se sostiene en el contenido del trabajo (Bonfil, 2014).

Los temas que se desarrollan en el documento son tres: embarazo en adolescentes⁶, violencia en el noviazgo e infecciones de transmisión sexual. Es un trabajo desarrollado en tres entidades federativas: Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

El material está dividido en tres secciones. La primera, presenta el trabajo que hacen mujeres indígenas investigadoras, cada una, desde su perspectiva y entorno comunitario y sociocultural. Cinco de estas mujeres, abordan el embarazo adolescente; una más, informa sobre la situación de la violencia en el noviazgo. Son seis investigadoras indígenas, que

⁶ Es el tema predominante del material. Abordan en menor medida, el tema de violencia en el noviazgo; y, muy someramente el tema de infecciones de transmisión sexual

desde su entidad federativa de origen, trabajaron, en mayor o menor medida, los temas referidos.

La segunda sección, desarrolla las iniciativas indígenas de organismos promotores de estos temas y su experiencia en sus comunidades, municipios y entidades federativas, procesos locales, vistos y vividos desde la sociedad civil. Es una sección que, con apoyo de GIMTRAP, cada Os´c, presenta la sistematización de su experiencia.

La última sección, presenta el trabajo igual, de tres organizaciones indígenas, que describen cada una su proceso para visibilizar y colocar los temas de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes de comunidades indígenas. “La participación y la incidencia”, titularon a esta sección, y es, lo que consideran una agenda de prioridades y necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

Un tercer trabajo que revisé, es el de Salud Integral para las Mujeres (SIPAM). Es un trabajo, que de igual manera, pretende incidir en la elaboración de políticas públicas para este sector, de forma tal que las y los jóvenes hagan efectivo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La cobertura de la investigación consideró tres entidades: Michoacán, Puebla, Oaxaca y, el Distrito Federal. Destacan principalmente los planteamientos sobre la falta de vinculación y distanciamiento existente entre la práctica, y el discurso en la programación de las autoridades e instituciones, en las materias que se están revisando, pero además, las investigaciones realizadas, abordan la falta de reconocimiento por parte de la autoridades, hacia la capacidad y la autonomía de las/os jóvenes. Por último, es importante destacar también, el énfasis que se hace en el trabajo, para que las y los jóvenes en situación no escolarizada, sean atendidos e incorporados en los programas y acciones que se elaboren y realicen (Rosales, y Mino, 2012).

Como se puede apreciar, los materiales revisados, van encaminados, en la misma dirección y sentido de este trabajo que se está presentando: hay que *seguir indagando, debatir y proponer sobre la situación actual*, de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas.

CAPITULO 1. DIFERENTES ADOLESCENCIAS Y JUVENTUDES

México tiene diversos escenarios socioculturales y socioeconómicos, y prácticas del Estado como la de reproducir las diferencias en la sociedad, provocan que aun cuando mujeres y hombres estudiantes de bachillerato que viven en comunidades indígenas tengan acceso hasta éste nivel educativo, por su origen social continuaran estratificados y en desventaja. El objetivo de este capítulo, es analizar y aportar elementos que permitan comprender la construcción del concepto de adolescentes y jóvenes en los ámbitos personal, familiar, comunitario y social; en un segundo apartado se revisa el pensamiento de Bourdieu que aporta elementos de análisis para caracterizar y explicar los mecanismos por medio de los cuales, las instituciones y prácticas sociales son fuente de desigualdad y de exclusión; y, finalmente este capítulo aborda elementos contextuales demográficos y socioeconómicos de la población objeto de estudio.

Un acercamiento a la definición de adolescentes y jóvenes.

Es necesario hacer un acercamiento a las diferencias conceptuales desde la percepción que las y los jóvenes tienen de sí mismos, las definiciones desde la academia e investigación; y, la definición de quienes trabajan de manera directa con esta población. Villaseñor dice que “El concepto de adolescencia y juventud es creado socialmente a partir de la modernización industrial, urbana y educativa, buscando proteger a este sector de población, formulándose ideas en torno a la prohibición laboral; el control escolar; la postergación del inicio sexual, el matrimonio y la paternidad; lo que hasta cierto punto acarrea (...) beneficios para los sectores ricos, no así para los pobres...” (2002:313). La misma autora, en otras investigaciones y estudios cualitativos con adolescentes y jóvenes, identificó que las personas adolescentes y jóvenes, ven a ésta como una transición que se presenta entre los 11 y 15 años, se sienten complacidos si se les llama adolescentes y es una designación aceptada entre las personas que cursan el último grado de primaria o secundaria; sin embargo, “La adolescencia, como concepto definitorio (...), no llega a alcanzar un consenso en los ámbitos académico y popular en lo que respecta a características y límites de edad se refiere. Socialmente tiene una connotación negativa, esto podría explicar el por qué de que las personas que ciertamente se

asumen y califican como adolescentes prefieren no ser nombradas como tales” (Villaseñor, 2008:104).

Otros académicos, señalan que esta etapa comprende de los 10 a los 19 años y en ella se experimentan procesos de transición, asociados con cambios físicos y emocionales, modificaciones y cambios en los roles familiares y sociales, así como una gradual adquisición de autonomía personal, económica y profesional. “...el contexto socioeconómico, geográfico, educativo, cultural, familiar y personal en el que se desarrolla el adolescente influye sobre su forma de transitar de la infancia a la edad adulta” (Schiavon, 2008: 301).

Hay quienes emplean indistintamente el concepto de adolescentes y jóvenes. Sin embargo, las personas mayores de 15 se autodefinen más como jóvenes, y no como adolescentes. “A la mayoría de las personas de esta edad les agrada más que se les reconozca como jóvenes” (Villaseñor, 2008: 83), les molesta que se dirijan o refieran a ellos como adolescentes, percibiéndolo como señal de desdén; las personas de 16 a 19 años también se perciben como jóvenes, la misma autora señala que muchas/os perciben un tono despectivo cuando se les llama adolescentes. Los trabajos de esta investigadora indagan otras cuestiones relevantes sobre la autopercepción de las y los adolescentes y jóvenes así como sus perspectivas, apunta entre otros aspectos que la adolescencia y juventud son etapas del desarrollo que se caracterizan por grandes cambios biopsicosociales entre los que figura *la sexualidad*.

Bruce (2008), dice sorprenderse que en México, los rangos de delimitación sean tan amplios (de 10 a 29 años), sugiere que una mejor clasificación sería de 10 a 12, de 13 a 15 y de 16 a 19, de manera tal que estos subconjuntos, por edad, género y estado civil sean más significativos en cada escenario.

Académicos e investigadores coinciden en señalar que el concepto de *Jóvenes* es una construcción social que varía según la época histórica y área de conocimiento científico que lo emplea, define y delimita. En México hasta la primera década del siglo XXI las y los jóvenes representan alrededor de una quinta parte de la población total, este grupo poblacional es importante por su peso demográfico, pero principalmente, por el momento estratégico en el

que se encuentra y sobre todo, “...por la necesidad social⁷ de ofrecerle las oportunidades y destrezas necesarias para transitar a la vida adulta en condiciones adecuadas para proveerse mejores condiciones de vida en etapas posteriores, y para participar activamente en el desarrollo del país” (Zúñiga, 2008: 30), por su parte, Villaseñor (2002: 308) apunta que el panorama demográfico futuro y la tendencia en la demanda de servicios de salud, depende en gran parte del comportamiento sexual y reproductivo de las actuales generaciones de adolescentes y jóvenes.

Las áreas médicas señalan y consideran que la adolescencia y la juventud son la etapa en la que se desarrollan una serie de eventos biológicos, psicológicos y sociales; y la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la etapa de la adolescencia en el rango de 10 a 19 años.

Ser joven es una condición universal, una fase del desarrollo humano que se encuentra en todas las sociedades y momentos históricos, un periodo de preparación comprendido entre la dependencia infantil y la plena inserción social (Feixa, 1998).

Schiavon (2008), plantea que la edad por lo tanto, es una variable que define a un/a adolescente o joven, no solamente en función de sus años de vida, sino además hay que considerar otros factores como: el género, que dependa o no de su familia de origen, sus valores personales y familiares, culturales, morales o religiosos, su situación de estudiante, su status laboral, su lugar de residencia rural-urbano-indígena, su integración o no a la sociedad en su conjunto, haber iniciado o no su vida sexual, su estado civil, tener o no hijos, estos; son factores que condicionan las características y necesidades de las diferentes adolescencias y juventudes.

Revisando, se pueden identificar más o menos diferencias y coincidencias del concepto de adolescencia y juventud según sea el enfoque, en el presente trabajo *lo importante es el reconocimiento de la diversidad de adolescentes y jóvenes de nuestra sociedad*: las y los

⁷ La cursiva es mía.

jóvenes no escolares, migrantes, las y los que viven en zonas indígenas o rurales, con capacidades especiales etc.

Por lo que, la *Juventud* como etapa de vida y grupo poblacional no es por sí misma un grupo con características homogéneas; habría que nombrarla en plural: *Juventudes*, porque hay formas diversas de vivirlas, cambia históricamente, varía de una cultura a otra entre las distintas clases sociales y etnias de un mismo país; son múltiples las juventudes que coexisten y sus diferencias parten desde las condiciones de vida de los distintos grupos sociales, dice Figueroa (2001). Hoy en día, particularmente las distintas juventudes indígenas viven también según sus diversas realidades sociales, culturales y regionales, son culturas dinámicas y sus sistemas de valores indígenas reciben múltiples influencias. En las y los jóvenes indígenas, influirá de manera importante, la zona y región del país en la que vivan, su pertenencia a cada uno de los distintos grupos étnicos, su acceso al capital cultural del que dispongan, su cercanía con los fenómenos modernos, así como la forma de vivir estos encuentros, y sus distintos grados de hibridez, sobre este último aspecto, dice García Canclini (2003:III), que hay que entender por hibridación, los procesos socioculturales o procesos de hibridación en los que estructuras o prácticas discretas que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras y prácticas; son procesos que llevan a relativizar la noción de identidad; el planteamiento de este autor, permite entender de otra manera la cultura indígena dinámica de las y los jóvenes de las nuevas generaciones.

Para los fines de este trabajo serán considerados como adolescentes y jóvenes a las personas de 15 a 17 y de 18 a 20 respectivamente, por ser el rango de edades en que se encuentran la población objeto de estudio; e indistintamente se emplearan ambas designaciones. Son jóvenes que viven la segunda década de su vida, en comunidades mazahuas del municipio de San Felipe del Progreso, estado de México.

Dos señalamientos al final de este apartado:

- i) Retomando a Bruce (2008: 335), observa que, la etapa de la juventud, es “...una masa sin género a la que (...) llamamos ‘adolescentes’, ‘jóvenes’, ‘gente joven’...” a diferencia de cuando hablamos de las niñas y los niños, las mujeres y los hombres.

- ii) En el desarrollo de este trabajo, aunque se ocupe un poco más de tiempo y espacio, se promoverá el uso de un lenguaje incluyente al escribir, empleando las denominaciones las y los cuando haya que referirse a las personas jóvenes; para de esta manera, ir transformando el mundo del lenguaje (escrito o hablado). “Las y los lingüistas dicen que lo que no se nombra no existe, por ello, si en la Constitución, leyes, medios, no se nombra a las mujeres en femenino, se les borra sutilmente del imaginario social” (Cacho, 2007:150)

Panorama General: Población, Desigualdad y Pobreza.

México reúne las características intermedias de un país en transición, hacia modelos de crecimiento demográfico y desarrollo social característicos del primer mundo, pero con rezagos y desigualdades profundas, semejantes a países subdesarrollados; hay diferencias e inequidades entre grupos sociales y subconjuntos de la población, entre clases sociales y regiones del país, entre generaciones y jóvenes de distintas edades, entre los que estudian y los que dejan o dejaron de hacerlo (Schiavon, 2008: 3; Stern, 2008: 394).

El desarrollo económico de cada país determina los cambios y transformaciones para atender a su población, México ha tenido que adoptar medidas recomendadas por organismos internacionales del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), y adaptar medidas de ajuste en programas sociales que han impactado negativamente, de manera que se ha provocado entre otros, el deterioro de los servicios principalmente en materia de salud y educación; las administraciones de los gobiernos recientes han reconocido, que los principales desafíos del país son abatir la pobreza extrema y la desigualdad, económica y social entre los diferentes sectores de la población.

Se impulsa un modelo de desarrollo neoliberal y reestructuración de capitalismo llamado también globalización de la economía, es decir, configuración de bloques comerciales e integración de mercados geográficamente bien definidos e interdependientes, en donde las

decisiones de Estados Unidos, Japón y Alemania, por ejemplo, repercuten en el resto del mundo. Es una globalización con dos consecuencias importantes: en primer lugar, extiende el modelo tercer mundista a países industrializados; y, en el tercer mundo la sociedad está polarizada: un sector extremadamente rico y privilegiado, y otro sumido en la miseria (Zapata: 1994; Chomsky: 1997). Estos procesos de globalización económica, internacionalización de los mercados de trabajo, disminución del empleo formal y salarios reales, acentúan las desigualdades socioeconómicas que se presentan desde hace varios lustros, afectando el status socioeconómico de hombres y mujeres.

En el sector rural, la misma tierra está sujeta a las leyes del mercado, la agricultura sólo es rentable a nivel empresarial y ya no lo es más para el campesinado (Zapata: 1994), y la insuficiencia de recursos productivos en las unidades campesinas de subsistencia, hace que la migración aumente día a día entre adolescentes, jóvenes y personas de edad adulta, mayormente más allá de las fronteras del país. Es una crisis del capitalismo que se manifiesta además en la cancelación de programas sociales, la abundancia de fuerza de trabajo, el crecimiento de la tasa de desocupación y del sector informal, todos ellos problemas que, se reitera: han significado en la realidad un consecuente deterioro de la calidad de vida, de millones de mujeres y hombres de todas edades. Las desigualdades sociales, lejos de disminuir con las políticas seguidas por los gobiernos neoliberales, aumentan. En el neoliberalismo, la generación de bienes y servicios son dejados al libre juego de las fuerzas del mercado (De Barbieri, 1999:125).

Aun cuando en el discurso político se diga que las personas que viven en pobreza y pobreza extrema están incluidas y atendidas a través de programas sociales, y servicios que el gobierno federal implementa, en la realidad dichos programas, servicios y su calidad, son deficientes. No basta con el discurso político, los discursos no son los hechos.

Además, los sistemas de salud y educativo en México, son sistemas altamente diferenciados, excluyen a las personas de las clases y grupos sociales de menores recursos.

El pensamiento de Bourdieu aporta elementos de análisis, para caracterizar y explicar los mecanismos por medio de los cuales, las instituciones y prácticas sociales son fuentes de desigualdad y de exclusión, en este trabajo, el discurso sociológico de Bourdieu será el hilo conductor que le dé soporte. Los sistemas educativos hay que resguardarlos en tanto dimensiones de acceso a lo universal, pero por otra parte también, hay que analizarlos como operadores en la reproducción de las desigualdades sociales. (Bourdieu, et al: 2008).

Las instituciones escolares, señala Bourdieu, actúan, otorgando más beneficios y ventajas a las personas que si están incluidas cultural, social y económicamente en las clases privilegiadas, y las mismas instituciones legitiman y refuerzan las desigualdades sociales de origen: son colocados en situaciones de menos ventajas quienes no proceden de familias privilegiadas; las desventajas de las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas, no son asunto de capacidad o incapacidad intelectual, son desventajas que tienen que ver más con las consecuencias de las asimetrías sociales, de ahí que se necesiten acciones que permitan una mejor distribución de los recursos socioeconómicos, culturales y tecnológicos destinados a este grupo de población. Los gobiernos son responsables de que sus políticas públicas favorezcan las condiciones de desigualdad y concentración de la riqueza, por lo que también deben de ser ellos, quienes asuman la responsabilidad de la redistribución de la riqueza y disminuir las desigualdades y pobreza.

En este trabajo, el análisis de la desigualdad en la atención y servicios, en materia de salud sexual y reproductiva dirigidos a la población joven de las comunidades indígenas, parte de:

- i) El análisis de las desigualdades sociales, económicas y culturales, y la pobreza en la que vive esta población joven y,
- ii) cómo afectan estas desigualdades y pobreza, en la vida sexual y reproductiva de la población joven indígena.

Contexto demográfico y socioeconómico de la población joven en el estado de México: el plantel escolar participante.

El estado de México está dividido en 125 municipios, por su número de habitantes ocupa el primer lugar a nivel nacional, su población es de 15 175 862 habitantes, el municipio con mayor volumen de población es Ecatepec de Morelos con casi 1.7 millones de habitantes, los de mayor volumen de población joven son: Ecatepec de Morelos (446 mil), Netzahualcóyotl (301 mil), Naucalpan de Juárez (cerca de 223 mil) y Toluca (201 mil). En conjunto, estos municipios concentran a 4 de cada 10 jóvenes residentes en la entidad. (Censo de Población y Vivienda, 2010, INEGI).

El CONAPO (2011: 13), señala que “... en 2010 poco menos de la tercera parte de la población del estado de México es menor de 15 años (4.43 millones, 29.2%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 29 años) (2.84 millones, 18.7%)”.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), elaboró el Índice de Rezago Social (IRS), medida que resume cuatro indicadores de carencias sociales: educación, salud, servicios básicos y espacios en la vivienda y de esta manera las entidades federativas, municipios y localidades, son ordenadas de mayor a menor rezago social en un rango de tiempo; el estado de México se encuentra ubicado en el lugar 19, a nivel nacional. Otros datos a destacar, sobre la población de jóvenes en el estado de México son: su población analfabeta de 15 años y más, y representa a nivel nacional, el 4.38% y el 34.76% con educación básica incompleta.⁸

El rezago socioeconómico vulnera especialmente a adolescentes y jóvenes de zonas rurales y comunidades indígenas, dificultando su acceso a la educación, al trabajo remunerado, al desarrollo y perpetuando el círculo vicioso de la reproducción temprana y pobreza. (Zúñiga, 2008; Schiavon, 2008); la maternidad temprana tiene un efecto adicional, “...la maternidad (...), especialmente (aquella que se vive) sin un compañero (trae) consecuencias adversas

⁸ CONEVAL, *Población total, indicadores, índice y grado de Rezago Social*

para las madres y sus hijos y contribuye a la reproducción de la pobreza de una generación a la siguiente” (Buvinic, 2000).

Al respecto, el CONAPO (2011:15) señala que “... en el Estado de México 16.8 por ciento de las mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años (...) actualmente las adolescentes presentan desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionado sobre todo con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad”. El inicio temprano de la reproducción impacta sobre la fecundidad de las personas jóvenes, y particularmente en jóvenes viviendo en comunidades indígenas, hay una alta probabilidad de que la crianza de sus hijos se desarrolle, en condiciones socioeconómicas y socioculturales más adversas.

Hay que reconocer que hay importantes retos que atender: el de la equidad, el rezago y la vinculación entre el desarrollo y la salud, particularmente la salud sexual y reproductiva; la capacidad del Estado mexicano se ha visto limitada para alcanzar y atender a subconjuntos de población más vulnerables. Se anotan otros datos de las mismas estimaciones y análisis del CONAPO (2011: 11):

“El Índice de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica al Estado de México en el octavo sitio del ranking estatal⁹. (...). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable”,

El ranking estatal, se refiere a la evaluación de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal, asimismo, el estado de México se ubica en el lugar 9º en prevalencia anticonceptiva; en el lugar 24º con población de adolescentes y rural (localidades de menos de 2 500 habitantes); **en el lugar 12º respecto a la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia y; en el lugar 10º por su nivel de tasa de fecundidad entre adolescentes.**

Estudien o no, entre jóvenes de comunidades indígenas, pobreza y desigualdad van de la mano y se presentan en su entorno y vida cotidiana. Las decisiones de ellas y ellos, respecto

⁹ De 31 entidades federativas y el Distrito Federal

a permanecer o desertar de sus estudios, ingresar al mercado laboral, aventurarse en prácticas adictivas, iniciar su vida sexual, asumir o no la paternidad o maternidad ante un embarazo, o formar una familia, son decisiones que dependen de las opciones que se les presenten y decidan para ellas/os; influye el acceso o no a la información, la educación y la autonomía para tomar dichas decisiones; por eso, las condiciones en las que toman tales decisiones, a menudo esbozan la trayectoria de vida de las personas (Zúñiga, 2008). La juventud como etapa clave de la vida de las personas, se caracteriza porque en ella se toman decisiones que marcan el tránsito a la vida adulta, pero, las decisiones que los individuos toman y el ejercicio de los derechos, se realiza de manera diferencial. Aunque se tengan legalmente los mismos derechos frente al Estado, el ejercicio de ellos es *desigual*. Para algunos individuos ocurrirá en el marco de mayores posibilidades, opciones y alternativas. Para otros, las elecciones se darán en un marco restringido de posibilidades. Para otros más, la elección ni siquiera será una posibilidad (Cervantes, 2000: 403).

Ante este panorama, pensar los derechos humanos en una perspectiva integral, es uno de los mayores desafíos de las políticas públicas en la atención de las y los adolescentes y jóvenes. Para objetivarse y materializarse, los derechos sexuales y reproductivos, dependen de la existencia de ciertas condiciones y no de una visión idealista del lenguaje y ejercicio de los derechos humanos. Implica deberes y responsabilidades del Estado y los gobiernos para que la población pueda ejercerlos. Son derechos que implican a su vez otros derechos, tienen un carácter social no sólo por su creación, para ser disfrutados se necesita de una estructura que los posibilite y materialice; los gobiernos deben proveer los medios y/o asegurarse de que existan con el fin de que la población pueda ejercerlos y que el ejercicio de ellos, sea pleno (Villaseñor, 2002; Cervantes, 2000).

Villaseñor (2002) señala también que, la actividad sexual viene a satisfacer una serie de necesidades, físicas y emocionales, mediante ella, las personas adolescentes y jóvenes amplían sus canales de comunicación, encuentran experiencias nuevas, ponen a prueba su identidad sexual y encuentran alivio a las presiones externas; pero además, enfatiza esta autora, que el panorama demográfico futuro y la tendencia en la demanda de servicios de

salud, depende en gran parte del reconocimiento sexual y reproductivo de las actuales generaciones de adolescentes y jóvenes.

La propuesta teórica de Bourdieu, explica la desigualdad social, contiene una mayor amplitud para revisar y entender lo que aquí se plantea: en el proceso de competencia las y los jóvenes estudiantes de bachillerato (o cualquier otro nivel escolar) que viven en comunidades indígenas, se desarrollan en sus ámbitos con mayores desventajas; Cervantes, (2001: 68) en este mismo sentido, señala: "... las sociedades que convierten las desigualdades de clase en el basamento de su organización central, la manera en que los sujetos se insertan en la producción y distribución de la riqueza social determinan la estructura de opciones dentro de la cual los individuos construyen sus proyectos de vida (...). Y al revés, en el ejercicio de sus voluntades personales y en la construcción de sus proyectos de vida, los sujetos crean y recrean las (...) opciones (...), así como su (...) inserción en la producción y distribución de la riqueza social"; el mismo autor plantea en este mismo sentido: la desigualdad "...en el pensamiento burgués no es algo que se proclame, pero se produce y se reproduce en la economía y en la organización social capitalista. La igualdad en cambio, si es algo que se proclama a los cuatro vientos, pese a que no se produce ni se reproduce...", (Cervantes, 2000: 404).

San Felipe del Progreso, es cabecera municipal conformada por 86 localidades¹⁰. Su número de habitantes es de 121 396 (Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI).

Las y los jóvenes en general, de comunidades indígenas, cada vez más han dejado de sobrevivir de la agricultura, son adolescentes y jóvenes desinteresados, distantes de las cuestiones del campo, de la parcela, de la siembra, del cultivo y la cosecha, que desde la generación anterior, es decir, desde sus padres y madres, dependen, cada vez menos del campo, y cada vez más del trabajo asalariado vía la migración, y se remarca: optan por migrar principalmente a la ciudad de México¹¹. Son sociedades en transición, hacia lo no agrícola.

¹⁰ Prontuario de Información Geográfica Municipal de los Estados Unidos Mexicanos, 2009.

¹¹ Desde comienzos de los años setenta, las primeras generaciones de mujeres, que migraron de las comunidades indígenas de esta región, principalmente hacia la ciudad de México, trabajaron en el servicio

Hoy, las y los jóvenes que deciden migrar de sus localidades, son la tercera o cuarta generación de la etnia mazahua, y llegan a instalarse en viejas casonas y edificios del centro de la ciudad de México, realizan actividades informales y eventuales, como “limpiaparabrisas”, vendedores “ambulantes”, “franeleros”, etc., sumándose a la fábrica de pobres con su llegada a la ciudad; y, ante la falta de empleos e inversión en educación en sus comunidades, ocurre incluso, que la barbarie y delincuencia organizada va ganando terreno entre ellos, cuando los recluta en sus filas¹².

Las y los jóvenes estudiantes de bachillerato que viven en comunidades mazahuas, son el grupo poblacional que ocupa la parte central de este trabajo. Se anotan algunos datos, del plantel y centro escolar participante en el Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP)¹³: Escuela Preparatoria Oficial No. 239, del municipio de San Felipe del Progreso, estado de México.

El contexto socioeconómico de la población joven que estudia bachillerato, y vive en comunidades mazahuas de este municipio, es que:

- La desigualdad, inequidades e insuficiencias en la atención y servicios de salud sexual y reproductiva, para jóvenes estudiantes de bachillerato de comunidades indígenas, que interesa revisar en este trabajo, tienen sus raíces en las desventajas sociales y económicas que las y los jóvenes enfrentan y que más adelante se convertirán en los deficientes resultados socioeconómicos de un país (Bruce, 2008).
- Son jóvenes de entre 15 y 20 años de edad, que viven la segunda década de su vida en circunstancias y necesidades particulares en sus centros escolares, en sus comunidades indígenas y en su entorno en general.

domestico. “Entre los tipos de inserción de mujeres migrantes en los mercados de trabajo, han recibido especial atención conceptual el servicio domestico urbano...” (Szasz, 2000a:173).

¹²Esta información, es producto de mi trabajo de campo de los últimos 10 años, realizado directamente con organizaciones de migrantes indígenas asentadas en la ciudad de México. Por otra parte, vale la pena, en este espacio, hacer la siguiente reflexión: a pesar de las políticas elaboradas desde el Estado para la reducción de la pobreza, caracterizadas por mantener durante décadas una política asistencialista y eje de las acciones gubernamentales entre la población indígena, la pobreza sigue existiendo y, hombres y mujeres indígenas siguen excluidos; la pobreza y el hambre es útil, da votos, bases clientelares y es utilizada coyuntural y políticamente por el sistema partidista en nuestro país. Políticamente es mucho más poderoso y/o beneficioso construir víctimas, que construir sujetos de derechos.

¹³ El capítulo tres de este trabajo, se abocará al desarrollo de dicho diagnóstico

- Otras constantes son su bajo nivel educativo. Son estas escuelas, las que obtienen los más bajos resultados en aprovechamiento académico, conocimientos y competencias necesarias de sus alumnas/os.

Las y los jóvenes que han tenido acceso hasta éste nivel educativo, forman parte de un sector, dentro de sus mismas localidades y barrios, con mayor nivel educativo que sus padres y madres. En algunos casos, los menos, incluso tienen acceso a redes sociales¹⁴ que les posibilitan información y comunicación más amplia sobre temas prioritarios que les son de su interés: opciones educativas de su siguiente nivel escolar si es que tienen el interés de continuar con su formación académica; música, moda, etc.

La escuela significa y representa para ellas/os, un espacio que pueden disfrutar, y en donde expresan algunas de sus inquietudes. Más allá de sus procesos individuales de enseñanza.-aprendizaje, la escuela les representa sin lugar a dudas, un espacio de encuentro, de comunicación, cooperación, socialización y solidaridad con sus pares.

La Universidad Intercultural del Estado de México (UIEM),¹⁵ con sede en la cabecera municipal de San Felipe del Progreso, representa una oportunidad para que las/os jóvenes indígenas accedan a la vida universitaria, aunque no todas/os pueden hacerlo; otras opciones e instituciones educativas a las que aspiran ingresar son principalmente la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN)¹⁶.

Sobre la situación de las y los jóvenes de comunidades indígenas, que no asisten a la escuela, que no estudian o que desertan y han dejado de estudiar, se puede señalar de manera general que:

¹⁴ Con todo y las limitaciones y desigualdades tecnológicas que pueda haber, respecto a otros planteles de contextos urbanos.

¹⁵ Fundada en 2004.

¹⁶ Son algunas de las respuestas obtenidas en el diagnóstico realizado del proyecto “Mujeres y jóvenes indígenas por el reconocimiento de sus derechos humanos. La importancia de lo que ellos y ellas quieren decir”, ejecutado durante 2008-2009, por el grupo Interdisciplinario de Consultoría y Trabajo, Dezna, A.C., en un centro de salud, y tres planteles escolares de los municipios de San José del Rincón y San Felipe del Progreso, estado de México.

- Se dificulta mucho más el acercarse a ellas y ellos, para conocer de manera directa sus intereses prioritarios.
- Trabajan en los negocios familiares.
- En muchas situaciones las adolescentes y jóvenes se encuentran recluidas en su casa, realizando exclusivamente tareas domésticas.
- Ante las condiciones de pobreza y discriminación, dejan a sus familiares y participan también de manera creciente en la migración a las ciudades capitales de mayor importancia en el país, principalmente la ciudad de México, o, migran también a Estados Unidos, "... en la que surge como última alternativa para el porvenir, enfrentarse al río, al desierto, a los rifles texanos y a la migra, aunque al hacerlo se apueste la vida" (Villaseñor, 2008).
- Pueden atravesar o sufrir, episodios de violencia, derivados de la desestructuración de las familias, y ausencias paternas y maternas por la migración.

Un cuestionamiento, reflexión y pendiente importante que habría que hacerse y resolver, respecto a jóvenes que no se encuentran en un sistema escolarizado, para conocer sus necesidades, es el cómo acercarse a quienes no se les encuentra en un centro escolar.

Finalmente, se hacen algunas anotaciones y reflexiones, en torno a las/os adolescentes y jóvenes que asisten a la escuela, así como para las/os que no lo hacen.

Nos encontramos justo frente a nuevas identidades juveniles en comunidades indígenas, cuyos reclamos son diversos, y también nos encontramos, frente acentuadas problemáticas socioeconómicas, en donde la riqueza cultural y tecnológica es también, desigualmente distribuida. Las personas jóvenes, se enfrentan a grandes retos para lograr un adecuado desarrollo y autonomía. Son asuntos de gran importancia que las y los jóvenes hablen de lo que creen, de lo que pueden hacer, de lo que anhelan, de sus saberes, que sus reflexiones sean una construcción conjunta que tenga y de sentido a las acciones de planes y programas de las instituciones públicas. Su talento, energía, creatividad y capacidades de estas/os jóvenes, hay que aprovecharlos y crear las oportunidades que necesitan. Si se les demanda y exige éxito, pero hay deficiencias e insuficiencias en la sociedad y en las instituciones de

gobierno, es que entonces, no se está atendiendo y entendiendo lo que ellas y ellos necesitan.

De las sociedades y culturas indígenas contemporáneas, hay que comprender y aceptar que las actuales dinámicas socioculturales indígenas, tanto tradicionales, donde vemos a jóvenes valorando y reconociendo la riqueza del contexto indígena en el que transcurre su cotidianidad; también, hay expresiones nuevas y diversas de las generaciones actuales, o bien, jóvenes perdiendo su identidad indígena, sin interés alguno porque esto no ocurra. Cualquiera que sea la situación, implica reconocer y respetar, todas y cada una de las nuevas manifestaciones que se están presentando.

,
De cualquier forma, es importante que las y los jóvenes de comunidades indígenas hablen; escuchar sus voces, voces que deben de ser tomadas en cuenta, desde su entorno familiar y comunitario.

En el caso de las y los jóvenes de comunidades indígenas, que este trabajo está presentando, a decir verdad, no se puede asegurar si son nulos o pocos los espacios culturales, que existan y en donde puedan expresar sus identidades actuales. Igual, se desconoce, si existe (dentro del organigrama administrativo municipal), alguna instancia que atienda particularmente el ámbito cultural de las y los jóvenes de comunidades indígenas. Por ello, existan o no, se puede plantear que es necesario re-direccionar iniciativas, escribir nuevos capítulos, propuestas respetuosas, inteligentes, apropiadas con los temas prioritarios de su interés.

CAPITULO 2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DE LOS CONCEPTOS A LA OPERACIONALIZACION Y PRÁCTICA.

En este segundo capítulo se plantea que nos encontramos ante una sociedad más abierta y menos restrictiva en temas sobre sexualidad y reproducción, diversificándose, pero *sólo en algunos sectores*, las opciones a las que tienen derecho las y los jóvenes. En los años recientes hubo avances para reconocer a las y los menores de 18 años, y autoreconocerse ellas/os como *sujetos de derechos*. Las discusiones y avances en materia de derechos humanos y el acontecer nacional e internacional, permiten hoy reconocerlos así, aunque, se enfatiza, esto sucede principalmente en algunos sectores en donde se están transformando, las formas tradicionales de relacionarse de las/los adolescentes y jóvenes; se está dejando atrás, la práctica de verlos y considerarlos y, de verse y considerarse ellas/os mismas/os como objetos de protección; de verlos y verse como menores de edad que requieren de conducción dirigida; realidad social, que se vuelve compleja cuando los cambios actuales demandan que las personas asuman, mayor responsabilidad de sus actos al ampliarse los límites de libertad de los mismos, precisamente por el carácter más diverso de la sociedad y por la necesidad misma de generar nuevas respuestas en la solución de múltiples problemas (Figuroa, 2001: 77).

En este segundo capítulo, los planteamientos y análisis se hacen en tres sentidos:

- La primera parte revisa la trayectoria del concepto de salud sexual y salud reproductiva, los enfoques, debates teóricos y el abordaje metodológico en salud reproductiva, desde la perspectiva de las ciencias sociales; se hace también referencia a la definición sobre salud sexual y reproductiva de la Organización Mundial para la Salud (OMS), se revisa el posicionamiento de este concepto en el discurso de las instituciones oficiales del gobierno y se anotan además, algunas contribuciones del pensamiento feminista en el enfoque de salud sexual y reproductiva.
- Un segundo elemento de análisis en este capítulo, es el sentido que persiste en las prácticas unilaterales del Estado y sus instituciones gubernamentales, al elaborar políticas

públicas rebasadas por los acontecimientos y, por otro parte; realidad innegable es que subgrupos específicos como las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas, no se encuentren consideradas y atendidas del todo.

- En la búsqueda de material sobre salud sexual y reproductiva de jóvenes que viven en comunidades indígenas, producido por las dependencias del gobierno federal, no hubo éxito, es decir, fue mínimo el material encontrado, por lo que, en el segundo apartado de éste capítulo, metodológicamente reviso el *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA)*, hago referencia a párrafos extensos de dicho documento y adopto para este propósito, una doble vía de aproximación de la población indígena, de manera que:
 - i) Las citas enunciadas, reflejen la mínima o nula correspondencia entre lo que se escribe y dice, en los documentos programáticos y lo que se hace; remarcan la forma rápida y superficial como hacen referencia a la población indígena con respecto a la población no indígena.
 - ii) Si bien en el contenido del PSSRA se anota y reconocen, las condiciones de pobreza en que viven millones de mujeres y hombres, las citas que se hacen, destacan declaraciones recargadas de buenos deseos, generalidades, vacíos de información, por mencionar un ejemplo: no aparece en el contenido del PSSRA la definición de sexo seguro. Nada nuevo se descubre enunciando citas extensas, al hacerlo así en este trabajo, se pretende tener presente que en este país de marcadas desigualdades sociales, los mensajes políticos escritos y hablados emitidos desde el Estado, característicos de la política mexicana, evaden los verdaderos debates con los actores involucrados, además, dichas citas hacen hincapié como ya se ha señalado, en que varios de los planteamientos programáticos adolecen de limitaciones para la realización de acciones.

Reitero, persiste en las prácticas unilaterales del Estado y sus instituciones gubernamentales, el elaborar políticas públicas que se encuentran rebasadas por los acontecimientos. Lo hecho

y dicho en los documentos programáticos oficiales, ¿está bien?, ¿o es hasta ahora insuficiente?

Suele ocurrir además, que en la operacionalización del concepto de salud sexual y reproductiva se le simplifica, por lo que en este mismo capítulo se ubica la dirección actual de dicho concepto en la formulación y aplicación, de programas y políticas de población dirigida a las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas, se anotan también elementos que identifiquen cómo y cuándo las desigualdades sociales y económicas tienen impacto sobre las condiciones, de salud sexual y reproductiva particularmente de estas/os jóvenes, partiendo de una realidad: las instituciones no hacen que los derechos sean inmediatamente accesibles.

La premisa general de éste capítulo, es analizar la relación entre el tratamiento de la salud sexual y reproductiva, con la conformación -o no- de ciudadanos en el entorno actual de las y los jóvenes de comunidades indígenas; no es sólo anotar el concepto, ni sólo hablar sobre los servicios e información que brindan las áreas de salud sexual y reproductiva; “el término salud reproductiva más que hacer referencia al acceso de servicios e información en un ámbito institucionalizado, implica un conjunto de comportamientos, actitudes, preferencias y papeles estructurados, a partir de los cuales los individuos le van dando forma a su entorno sexual y reproductivo, desde la tradición de la que vienen hasta la convivencia con nuevos valores y realidades” (Figueroa, 2001: 78-79).

Precisiones en el contenido y el sentido del concepto de salud sexual y reproductiva

En el pasado el crecimiento de la población fue atendido y entendido como la enfermedad de la reproducción. Fueron sobre todo servicios de anticoncepción lo que se proporcionó a las mujeres. Metas y acciones giraron en torno a los esfuerzos por aumentar, el uso de métodos de anticoncepción y esto fue llamado Planificación familiar porque “era socialmente más aceptable” (Lesli, et al, 2001:169). El enfoque que priorizó el descenso del crecimiento de la población y subordinó a un segundo plano, las necesidades de las personas (principalmente las necesidades de las mujeres), fue rebasado por el nuevo enfoque de salud sexual y salud reproductiva. Recientemente el tema de salud sexual y reproductiva, adquirió gran fuerza

internacional y en México ocurrió lo mismo, desplazando (en mayor o menor medida según sea la población atendida) y reformulando al de planificación familiar. Este nuevo concepto impulsó la búsqueda de un enfoque más orientado hacia las mujeres, hacia las y los jóvenes y hacia las cuestiones de género.

En esta parte del trabajo se introducen elementos contextuales y se revisan los componentes del discurso de salud sexual y reproductiva.

En la década de los ochenta aparece por primera vez el concepto de salud reproductiva, utilizado inicialmente en Estados Unidos para entender y designar una nueva manera de abordar la reproducción humana y la salud de las mujeres. González Montes (1999:15), señala que en un trabajo realizado por Soberón *et al*¹⁷ sobre salud en México, el concepto de salud reproductiva todavía no se conocía en los ochenta y sólo fue hasta los primeros años de la siguiente década, cuando se introdujo. Salud sexual y reproductiva, ha sido un enfoque teórico y metodológico novedoso, tanto como los mismos proyectos de aplicación que de este enfoque se han derivado; en México, empezó a definirse como área de intervención a principios de la década de los noventa, se incorporó a espacios académicos y en el caso de organizaciones de la sociedad civil, que venían ya trabajando temas sobre salud de las mujeres empezaron a emplearlo e incorporarlo a sus actividades, fue sobre todo en estos dos ámbitos, es decir, en la academia y los movimientos sociales en donde se inició el proceso de legitimación del concepto de salud reproductiva.

Algunos acercamientos teórico-metodológicos se han inclinado por enfoques cuantitativos, apuntando tendencias, causas y variables de aspectos demográficos como tasas de fecundidad, natalidad, morbi-mortalidad o aspectos epidemiológicos; por su parte, en las ciencias sociales emergió una corriente interesada en el análisis, trabajo e investigación cualitativa de las cuestiones subjetivas y simbólicas, que den otro significado a los comportamientos y prácticas, de la vida sexual y reproductiva de las personas, planteando

¹⁷ Soberón, et al, (Comps.) (1988), **La Salud en México**. Testimonios, T.I: Fundamentos del cambio estructural, SSA, FCE, México.

que los comportamientos sexual y reproductivo hay que entenderlos, como conductas socialmente estructuradas y no sólo como conductas guiadas por determinismos biológicos.

En la década de los noventa, hubo esfuerzos importantes para legitimar salud reproductiva y en este dinámico proceso, participaron actores e intereses que fueron articulando la formulación del concepto de salud reproductiva. A nivel internacional fue un concepto que de forma acelerada, empezó a formar parte del discurso de estructuras organizativas de gobiernos y organismos internacionales, así como disciplinas académicas como la demografía, la antropología y la sociología.

Correa (2001) sobre este señalamiento, apunta que sigue habiendo un debate en torno al concepto de salud reproductiva para reconocer si este es un concepto, un campo de estudio, o la delimitación de un campo de investigación, asimismo, apunta que el término de salud reproductiva fue incluido en los programas de acción de la Conferencia Internacional sobre Población de El Cairo (CIPD) de 1994 y la Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, “más que términos nuevos son construcciones” (refiriéndose también a los términos de género y sexualidad).

En la Conferencia de El Cairo-1994, un asunto de importancia fue la incorporación en sus documentos de trabajo del concepto de salud reproductiva, con el que se pretendió tomar distancia de los términos de control natal y planificación familiar, por otra parte, significó también el reconocimiento y la ampliación de los derechos de acceso a la salud.

Otros señalamientos de Correa (2001) sobre la formulación de salud reproductiva, son: i) que fue motivada por intereses y actores como el del sistema internacional de planificación familiar, como la Organización Mundial para la Salud (OMS); ii) la participación de las más importantes organizaciones de mujeres y del movimiento feminista; iii) las críticas y señalamientos a las investigaciones biomédicas sobre la reproducción humana, donde no están incorporadas determinantes sociales de la salud o lo están de manera limitada. Si en un principio la planificación familiar se inició en el área médica, dice Correa, ahora los requerimientos son que las profesiones médicas compartan su territorio con las Ciencias

Sociales; también en torno a este último y particular señalamiento, Martínez Salgado (2001: 117), dice que son las ciencias sociales las que están llamadas a mostrar a las ciencias médicas que los procesos anatómicos y fisiológicos "... fundamentales para la reproducción del organismo, no agotan el proceso de reproducción humana, (hay que) considerar la constitución de la corporeidad en el plano de lo vivencial, lo cual acontece en el ámbito intersubjetivo donde el sujeto nace en medio de un conjunto de relaciones sociales inscritas en una totalidad histórica".

La evolución del concepto apuntó en dos vertientes, primero, vincular el concepto de salud y de derechos en una perspectiva que integre premisas de desarrollo equitativo y de derechos humanos, de tal forma que las personas sean sujetos de derechos y no objetos de las políticas, como sucedió durante los setentas. "Lo que crea una obligación, por una parte, de educar y, por la otra parte de responder a las necesidades de la población" como dice Barzelatto (1998: 43-44) y, en segundo lugar, modificar patrones de atención que se han caracterizado por decir lo que hay que hacer, reconocer que las soluciones de los problemas sociales y a nivel individual, *requieren de manera importante de la participación de la gente y de que las instituciones escuchen lo que la gente quiere*.

Minello (2001: 155) señala, sobre los planteamientos de Correa (*Op Cit*) que, si bien es importante dotar de mayor sentido teórico al término de salud reproductiva, también lo es "...mantener la (...) apertura conceptual", coincidiendo con Correa, al señalar que la elaboración teórica de salud reproductiva, ha significado la crítica a las vertientes biomédicas que han dominado la investigación sobre reproducción humana.

En este debate de construcción de definiciones, Correa (2001:138) en el mismo sentido que Minello, resalta: "Elaborar teóricamente y actuar en salud sexual y reproductiva y en derechos sexuales y reproductivos significa sostener una pelea cognitiva (...) frente a la naturaleza disciplinaria de la perspectiva biomédica, (...) metas demográficas, y la dogmatización de la teoría jurídica y legal", para precisar el estatuto disciplinario de salud sexual y reproductiva, y revisar así su sentido y el proyecto contenido en este concepto.

Por su parte, Figueroa (2000: 68), coincide con Correa al señalar también que desde los años ochenta, dos son las categorías que se utilizan para repensar las relaciones sobre la reproducción: *la salud y los derechos reproductivos*, y retomando a Fathalla¹⁸ describe cuatro elementos originales, incluidos en salud reproductiva:

- i) “que los individuos tengan la capacidad de reproducirse, (y) regular su fecundidad,
- ii) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros,
- iii) que los embarazos sean exitosos (...) y,
- iv) que las parejas tengan relaciones sexuales (sin) miedo a embarazos no deseados o a enfermedades”

Un punto importante también de anotar en este capítulo, es que en la historia de la humanidad los grupos religiosos, evitaron hablar de sexo y el ejercicio de la sexualidad. Kabeer (1998:208) plantea que “La religión sigue siendo una fuerza poderosa para negar a las mujeres el derecho a la anticoncepción y al aborto, tanto en el Primer como en el Tercer Mundo”, las ideologías religiosas, predominantemente la ideología católica en México, es inherente y está arraigada en la diversidad cultural mexicana; la gente se apropia de las creencias de esa ideología, de esas significativas ilusiones colectivas e individuales, las aprehenden, las hacen suyas sin cuestionar o reclamar; valiéndose de mecanismos subliminales, “...la ideología católica ha establecido un tipo de normatividad, que a decir de Bourdieu, no requiere justificación” (Mejía, Consuelo, 2001:105); dice Sidicaro (2008: XVII-XVIII) que desde la óptica de Bourdieu y su percepción dóxica, en donde se producen y reproducen las relaciones materiales y simbólicas de dominación social:

“El funcionamiento de las relaciones sociales, además de no ser transparente, dota a las personas de ideas y percepciones que las convierte en receptores sumisos, (...) de las estructuras de dominación y (...), las lleva a ser reacias a aceptar las explicaciones que dan cuenta científicamente de sus situaciones. Para Bourdieu, eso sucede en virtud de que quienes viven en una sociedad comparten (...) sistemas de percepción dóxicos referidos, y fundados, en la captación de diferentes ordenes de relaciones sociales que son producidos y reproducidos por las asimetrías de poder que proporcionan al observador, ingenuo o interesado, las imágenes bien visibles y evidentes, de una estructura de lo real, pero que resultan ininteligibles si no se les explica revelando las relaciones de dominación”.

¹⁸ Fathalla, Mahmoud, *Research Needs in human reproduction*, en *Research in Human Reproduction. Biennial Report (1986 – 1987)*, Ginebra, World Health Organization.

Es en la estructuración de la cotidianidad de la gente, de su vida cotidiana y de su día a día, donde se va arraigando la hegemonía, "... una interiorización muda de la desigualdad social y genérica, bajo la forma de disposiciones inconscientes" (Reyes, 2002: 238)

La característica del enfoque de salud reproductiva como señala Barzelatto (1998), es que desde Bucarest (Primera Conferencia de la ONU sobre Población, realizada en 1974) no se había mencionado la palabra sexo y con esta nueva perspectiva, se recupera el eslabón perdido de la sexualidad, se da un nuevo balance entre sexualidad y reproducción al reconocer la importancia que tiene para las personas, el desarrollo de una vida sexual segura, plena y satisfactoria, en donde el cuerpo como ente sexuado que es, ofrece posibilidades y necesita ser experimentado. El discurso de salud sexual y reproductiva, rebasó al de planificación familiar, puso más atención a la salud e incorporó temas, que de manera independiente se habían abordado: salud materno-infantil, infecciones de transmisión sexual e infertilidad. El nuevo pensamiento de salud reproductiva, integra hoy aspectos que superan el ámbito limitado de lo biomédico.

La década de los años noventa fue de intensos debates, salud reproductiva fue respondiendo a un nuevo paradigma y campo de conocimiento no terminado aun, Salles, y Tuiran (2001: 94) se refieren a salud reproductiva como el enfoque, campo, discurso y/o paraguas conceptual; salud reproductiva, apuntan, trasciende visiones estrechas que evaden reconocer la influencia de los procesos sociales, económicos, institucionales y culturales en el ámbito de salud de la población. Ambos autores reconocen que salud reproductiva, es una perspectiva que reconoce el derecho de toda persona a: i) "Regular su fecundidad segura y eficientemente, ii) Tener y criar hijos saludables, iii) Comprender y disfrutar su propia sexualidad y iv) Permanecer libre de enfermedades (...) o muertes asociadas con el ejercicio de la sexualidad y su reproducción".

En este mismo sentido Rojas (2001), apunta que durante una parte del siglo XX, la sexualidad humana fue ignorada como tema de análisis e investigación social, y recientemente comenzó a tener un lugar importante, para comprender a la sexualidad desde una perspectiva ética, social y de salud. Además del estrecho vínculo con la *sexualidad* (principio que orienta la

definición de salud reproductiva), Salles y Tuiran anotan un elemento también importante de señalar, para los fines que ocupa el trabajo que se está presentando: la incorporación del contexto cultural y socioeconómico, que lleva a revisar los papeles sociales y familiares de hombres y mujeres, su acceso a la educación, a la información y a los recursos materiales en los servicios de salud.

Salud reproductiva expresa ampliaciones conceptuales. En las aportaciones de las y los autoras/es hasta ahora revisados, se reconoce que las pasadas acciones en materia de planificación familiar, fueron limitadas en su esfera de intervención y mostraron un excesivo interés por regular y controlar la fecundidad. En México, principalmente las mujeres, desde los años setenta hicieron suya a la planificación familiar porque les era urgente.

Para Salles y Tuiran (2001, 99-100), las temáticas del enfoque de salud reproductiva incluidos en el nuevo paraguas conceptual, son: derechos reproductivos, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, sexualidad humana y relaciones de género. También plantean la conveniencia de repensar su contenido y hacer un esfuerzo de ampliación conceptual, pues son más los asuntos de salud que implica la reproducción y señalan que como concepto es muy amplio, tanto como la riqueza de las situaciones a las que se refiera. Los principales supuestos del análisis y esfuerzo de re-conceptualización que proponen son: a) la reproducción humana es un hecho biológico, pero también es un hecho social y cultural, b) la sexualidad y la reproducción humana, son parte fundamental de las estructuras y redes de relaciones sociales, c) las prácticas sexuales y reproductivas no son ajenas a la distribución de recursos y modalidades del ejercicio del poder, d) los comportamientos reproductivos, sexuales y de cuidado de la salud, son conductas socialmente estructuradas y dotadas de significados, e) instituciones sociales como la escuela, sistema de salud, iglesia, familia, etc., moldean los comportamientos reproductivos y sexuales, de manera individual, familiar y en grupos sociales y, e) los actores sociales, reaccionan también de diversas formas ante reglas y normas, las interpretan y no son sólo receptores.

Salud reproductiva es un discurso que es importante que no pierda su fuerza en su lucha por legitimarse, hay que diferenciarlo de planificación familiar, sin usarlos como términos

intercambiables. Es un campo de conocimiento inacabado, sus críticos apuntan a la búsqueda de una palabra más incluyente, partiendo del hecho de que no todos los seres humanos optan por reproducirse. Varios autores comparten la idea de que salud reproductiva es un campo de disputa, que no hay por ahora una definición única de salud reproductiva y sí, múltiples proyectos en torno a ella.

Sobre los principales protagonistas que han influido para definir lo que es el campo de la salud reproductiva, González Montes (1999) menciona la participación de por lo menos tres:

- i) El feminismo y el movimiento amplio de mujeres,
- ii) el Estado y
- iii) las Instituciones internacionales que proporcionan apoyo financiero.

Al primero lo describe como un movimiento con una larga tradición de trabajo, en salud reproductiva al que más tarde rebautizó como derechos sexuales y reproductivos; los temas de derechos sexuales y reproductivos, cristalizan de diversas maneras toda la cuestión de los derechos humanos sobre los propios cuerpos, los derechos sexuales y reproductivos han sido defendidos a lo largo de los últimos años, exigiendo que se reconozcan como una preocupación legítima dentro del desarrollo de la sociedad y del país. El Estado como protagonista de la definición del campo de la salud reproductiva, lo señala como el referente de los organismos de la sociedad civil, para exigirle que modifique sus políticas en ese ámbito, que abra nuevos servicios o mejore los que ya existen; y en el caso de las instituciones internacionales, señala que éstas han contribuido en la definición del campo de salud reproductiva, para promover la investigación académica y los programas de intervención.

Correa (2001: 130) dice que, los actores que han influido en la definición de salud reproductiva, "...fue desarrollada en aparatos institucionales, sectores vinculados al sistema internacional de planificación familiar y especialmente la Organización Mundial para la salud (...) Por otra lado (en) los movimientos de mujeres (....) salud reproductiva estaban también en la pauta política de las sociedades civiles".

Sobre las agencias y organismos multilaterales, se hacen los siguientes señalamientos, instancias como la Organización Mundial de la Salud, (OMS); el Banco Interamericano de Desarrollo, (BID), el Banco Mundial (BM) y las Naciones Unidas, han reconocido y adoptado los lineamientos que promueve el enfoque de salud reproductiva, asimismo agencias y fundaciones internacionales promueven dichos lineamientos al realizar aportaciones económicas. En México las características y potencialidades del paradigma de salud reproductiva, fue atractivo por las ideas que manejaba pero también lo fue por el hecho de que, venía acompañado de recursos económicos para que dicho paradigma se promocionara. Cada uno de estos grupos los mueven intereses particulares, son diferentes entre ellos por su discurso, por la información que transmiten y por la audiencia a la que dirigen su discurso e información, aunque coinciden en un objetivo e interés: influir en la definición de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva.

Habría que enfatizar una vez más, el siguiente planteamiento: si bien la salud reproductiva responde a un nuevo paradigma que apunta directamente hacia el conocimiento, reconocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos, estos derechos, como lo anota Ortiz-Ortega (1999: 29) son "... un acercamiento propositivo a las formas como se distribuyen los saberes y la prácticas sexuales y reproductivas entre hombres y mujeres ubicados en clases sociales, razas y etnias que merecen posiciones desiguales de poder y que varían de acuerdo con la edad y acceso a la educación de éstos (as)".

En México, el gobierno y sus instituciones incorporaron la definición de salud sexual y reproductiva, en los planes y programas de gobierno tomando como base la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalando:

"En concordancia con la Organización Mundial de la Salud (...), el gobierno de México define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos" (CONAPO, 2000: 11).

Sin embargo, dicha definición no contiene elementos que hagan que la reproducción humana sea comprensible, se anotan dos reflexiones al respecto:

- Dice Echarri (2000: 103) que “... los investigadores enfrentan múltiples problemas cuando intentan hacer operativas (...) definiciones (...) que se basan en una percepción del bienestar y que mezclan características individuales con las condiciones sociales...”
- Por su parte, Martínez Salgado (2001: 116) señala que esta definición por su generalidad parece más una declaración de buenos principios y deseos y no, una definición conceptual que sirva para orientar el trabajo operativo, y revisa a su vez, dos elementos contenidos en dicha definición:
 - i) La definición al señalar el bienestar físico, mental y social, parte del supuesto y da por hecho que existen condiciones materiales mínimas, que hagan viable y posible ese bienestar, señala “... por encima de eso, (habría que reconocer...) que los distintos grupos humanos requieren, para (...) su bienestar; de las más diversas condiciones ...”, y;
 - ii) El riesgo de estas definiciones, es que al hablar de bienestar se dejen de lado las condiciones de pobreza, en la que viven millones de mujeres y hombres.

Sugiere también esta autora, que si bien la definición enumera los ámbitos físico, mental y social donde debe de existir dicho bienestar, al hacerse la adecuación al campo de la salud reproductiva, saltan aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, y más aun cuando pasa al terreno de la reproducción humana, “... se abandona la visión vaga –pero amplia- donde hubiera podido tener cabida algo de la verdadera complejidad del sujeto humano”. No se trata dice Martínez, de reducir dicha definición a aspectos fisiológicos; los seres humanos, hombres y mujeres no son sólo una masa biológica muda.

Salud sexual y reproductiva fue un concepto cada vez más aceptado en reuniones internacionales, como la CIPD de El Cairo (1994) y la Conferencia de Beijing (1995); para Minello (2001: 159) políticamente estos eventos tienen otro sentido distinto al académico o científico, éstos últimos, exigen rigor teórico y metodológico diferente de la política: “Pienso que una tarea es tan importante como la otra, (...) la búsqueda de claridad epistemológica y

teórica, es necesaria para llevar a buen puerto la práctica (...) más que determinar planos de jerarquía, hay que profundizar en ambos campos”.

El movimiento de mujeres y el movimiento feminista en el mundo, pudieron incidir en el discurso y las decisiones de la CIPD de El Cairo-1994, para que se dejara de hablar exclusivamente de servicios de anticoncepción; la CIPD obliga a los gobiernos a esforzarse por diseñar y desarrollar, políticas y programas que atiendan las necesidades de las mujeres, en las diferentes etapas de su vida reproductiva. El Plan de Acción de la CIPD - 94 propuso por primera vez, que los proyectos de desarrollo y las políticas poblacionales debían de partir, del reconocimiento de alcanzar una salud sexual y reproductiva sana, así como el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres y buscar relaciones más equitativas entre hombres y mujeres.

Es importante hacer una breve aproximación al proceso, cambios institucionales y transformaciones en el escenario nacional, tomando como principal referente contemporáneo internacional, la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994¹⁹.

La CIPD-1994 fue un momento propicio para exigir un cambio de perspectiva y de políticas poblacionales. Lo que hizo El Cairo fue reconocer que el punto central es satisfacer el bienestar de las personas y respetar a las personas, Barzelatto (1998:39) dice al respecto:

“El Cairo establece (..) dos cosas fundamentales: una, es que reconoce que en la relación población-desarrollo, la salud es un factor muy importante y en especial la salud de la mujer; y la segunda es que (.....) se reconoce que la solución de los problemas individuales y sociales requiere participación, (...) oír lo que la gente quiere, en vez de decirles lo que tienen que hacer”.

¹⁹ Dos fueron las conferencias internacionales que precedieron a la CIPD del Cairo-1994: La primera en 1974, en Bucarest, fue un encuentro de países desarrollados del Norte y países del tercer mundo del Sur. La segunda en México, 1984, en ambas, se estigmatizó a las mujeres del tercer mundo por tener demasiados hijos y se habló exclusivamente de planificación familiar.

En la CIPD-1994, por primera vez como foro mundial se decidió no fijar metas de reducción demográfica y poner por delante, los derechos reproductivos de todo ser humano. Se reconoció la relación entre la dinámica poblacional y el desarrollo económico, la producción, el consumo y el medio ambiente; se transitó de un enfoque “demografista” a otro, en donde las políticas poblacionales estuvieran vinculadas a una perspectiva de desarrollo, más humano y equitativo; entender y atender la salud de las mujeres en todas las fases de su ciclo vital, atender a niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres adultas (durante y después de su vida reproductiva); se habló del acceso equitativo de mujeres y hombres a la educación, al trabajo y a la toma de decisiones; que la reproducción y la sexualidad se fincaran en relaciones más humanas y que los hombres se responsabilizaran y fueran coparticipes de la educación y crianza de las y los hijos. (Espinosa, 2000).

La Plataforma de la CIPD de El Cairo-1994 fue suscrita por el gobierno mexicano, éste se comprometió a implementar políticas y programas en el campo de la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y el cuidado de la salud sexual para mejorar la calidad de vida de las mujeres. La tendencia debía de ser ya, la de evitar los programas verticales. A partir de la CIPD de El Cairo y los acuerdos establecidos, hubo en el discurso político un mayor interés en nuestro país por las y los adolescentes y jóvenes de los sectores sociales más vulnerables de la población.

“El programa de acción de la CIPD insta a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a desarrollar programas que aborden los aspectos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con el objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. En él se enfatiza la necesidad de que los países eliminen las barreras legales, normativas y sociales que restringen el acceso de los jóvenes a la información y a los servicios de salud reproductiva a la vez que define aspectos necesarios para poner al alcance de los jóvenes incluyendo:

- Información y consejería sobre planificación familiar,
- servicios clínicos para adolescentes sexualmente activos,
- servicios para adolescentes embarazadas
- consejería en aspectos como el género, la violencia, la conducta sexual responsable, las enfermedades de transmisión sexual, y
- prevención y tratamiento del abuso sexual y del incesto” (Stern C. y Diana Reartes, 2001: 9).

Las acciones impulsadas en México después de la CIPD de El Cairo, fueron las siguientes: en el sector público se hizo un rápido esfuerzo por incorporar en su discurso el concepto de salud reproductiva, hubo circunstancias que favorecieron, de manera que el Programa de Acción de la CIPD-1994 fuera retomado por el gobierno mexicano (Ernesto Zedillo recientemente había sido electo presidente). Los compromisos adquiridos en El Cairo-1994 encontraron un ambiente favorable, para que la nueva administración los incluyera en su planeación; en los últimos meses de 1994 y primeros de 1995, se estaban diseñando políticas y programas sexenales, y salud reproductiva se incorporó como concepto y parte del discurso escrito en planes de desarrollo, en políticas públicas y programas institucionales. Se buscó la integración y la redefinición de políticas preexistentes: Un primer paso fue la creación de un grupo interinstitucional de salud reproductiva que estuviera pendiente que el concepto de salud reproductiva no se redujera a una visión médica (Espinosa, 2000; Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 1999). El Plan Nacional de desarrollo 1995 – 2000 (PND), también incorporó el concepto de salud reproductiva y de igual manera fue incorporado, en planes normativos de otros programas relacionados como el Programa Nacional de Población 1995 – 2000, el también recién creado Programa Nacional de la Mujer 1995 -2000 y por supuesto el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.

Haciendo un esfuerzo de síntesis se anota finalmente en este apartado, que el Estado mexicano mantuvo hacia finales de la década de los sesenta, una posición pronatalista, abandonada desde 1970²⁰, para pasar a ocuparse del control de la dinámica poblacional, reducirla a como diera lugar. Se consideró que el incremento demográfico generaría mayor pobreza y empezaron a elaborarse, programas de planificación familiar con el objetivo de reducir el crecimiento de la población, mediante el control de la natalidad. Promover el uso de

²⁰ Otros antecedentes institucionales de la década de los setenta: en 1973 se aprobó la Ley General de Población y se reformó el artículo 4º constitucional que estableció la igualdad del hombre y la mujer ante la ley, la protección a la familia y el derecho a la decisión, libre, responsable e informada de cada individuo, sobre el número y espaciamiento de sus hijos; en 1974 se estableció una política demográfica planificada, por instancias creadas particularmente para eso como el Consejo Nacional de Población, (CONAPO) y las tres principales instituciones públicas de salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaria de Salud participaron activamente en las políticas demográficas (Espinosa, 2000: 40 - 43).

métodos anticonceptivos y la planificación familiar, se convirtió en el centro y principal eje temático de la política demográfica y esfuerzos programáticos de dichas políticas.

Sin embargo, como apunta De Barbieri (1999:104) “En el contexto internacional, México ha sido considerado un país paradigmático en materia poblacional por haber puesto en marcha con éxito una política demográfica que aceleró el proceso de caída de la fecundidad en un lapso breve comparado con otras experiencias históricas...”.

Hoy en día, si bien se reconoce la importancia de los logros alcanzados por el Estado en este lapso de tiempo, en este trabajo, se pretende revisar los rezagos e inequidades que siguen existiendo de este mismo proceso, en algunos sectores de la población.

Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Lo hecho hasta ahora.

Ya se revisó en la primera parte de ese capítulo la trayectoria del concepto de salud sexual y reproductiva, sus enfoques y debates teóricos. En este segundo apartado se revisa el discurso, las características y operacionalización del concepto de salud sexual y reproductiva, de parte de las instituciones oficiales y estructuras organizativas del gobierno, en lo que concierne a los lineamientos del *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes* (PSSRA); dicho programa ocupa el análisis y objetivo del presente trabajo, y se pone especial atención a los planteamientos de su discurso programático para atender y dar servicios a jóvenes que viven en comunidades indígenas. Dice Fernández (2001:9) que el comportamiento reproductivo de la población indígena, es poco conocido debido a la escasez e insuficiencia de datos, pero además debido a que “...el descenso de la fecundidad no se ha producido de forma homogénea en todo el país ni en todos los grupos de población. La transición de la fecundidad en México, (...) se presentó primero entre la población más urbanizada, la más escolarizada y, en general, la de mayores niveles de bienestar, y después se difundió hacia otros grupos menos favorecidos, entre los cuales se encuentra la población indígena”.

Y efectivamente, los menos favorecidos son las mujeres y hombres que viven en situación de pobreza de las zonas y regiones rurales e indígenas; los servicios en general se ubican principalmente en las ciudades, luego entonces, son escasas las acciones preventivas sobre salud sexual y reproductiva, dirigidas a las personas adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas y rurales; se necesita entonces de igualdad en la distribución de recursos, equidad entre grupos de distintas edades, entre residentes urbanos, rurales e indígenas de todas las regiones del país; correspondencia entre lo que se escribe y dice en los documentos programáticos, y lo que se hace.

En México sexenalmente, cada plan Nacional de Desarrollo (PND) tiene un lapso de tiempo y periodicidad de la gestión administrativa en la función pública federal y de él se deriva cualquier otro programa, como el Programa Nacional de Población (PNP), el Programa Nacional de Salud (PNS), etc., el seguimiento de acciones y objetivos en el ámbito sexual y reproductivo, están contenidos en tres programas implementados después de la CIPD de El Cairo-1994:

- μ El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF) 1995-2000.
- μ Programa de Acción de Salud Reproductiva 2000 – 2006.
- μ Programa de Acción Especifico 2007 -2012: Planificación Familiar y Anticoncepción (PPFA).

Dichos Programas incluyen capítulos de lineamientos de la política de población, de salud, dinámica, estructura, líneas de acción, estrategias, etc. y sexenalmente arrojan nuevas luces desde hace ya varios lustros, en sus pretensiones de acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. El discurso escrito de estos documentos, habla de prioridades nacionales buscando proteger el ejercicio del derecho a la información, la educación, la comunicación, salvaguardar la intimidad y confidencialidad de las y los usuarias/os, y su derecho al consentimiento informado, buscando proteger y propiciar la atención de la salud sexual, salud reproductiva y los servicios de salud para conseguir un comportamiento

autónomo, consciente y sin riesgos, sin embargo, subrayo: las instituciones no hacen que los derechos sean inmediatamente accesibles.

Representa un reto la atención de las necesidades de las y los jóvenes en general, entender sus perspectivas y, atender y resolver sus demandas insatisfechas. En materia de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, este grupo poblacional comenzó a recibir atención en 1993 a través de la entonces Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) que en 1995 cambia su nombre por el de Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR); y, a partir de ese mismo año, la atención de la salud reproductiva de la población adolescente se vuelve prioridad para el Estado y uno de los ejes centrales del PSRPF 1995- 2000.

Revisando el *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA)*²¹, se puso especial especial atención en los objetivos, metas, estrategias y acciones planteadas, para reducir la pobreza y enfocar sus estrategias en la atención de las necesidades de la población excluida y marginada, para asegurar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

En los discursos y mensajes escritos del entonces Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos y el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Mauricio Hernández, respectivamente, señalan:

²¹ Los dos los programas para atender a las personas jóvenes, que antecedieron al PSSRA 2007 – 2012 fueron: el Programa Nacional de Salud Reproductiva de los adolescentes (PNASRA) 1994 – 2000, conocido como *En Buen Plan*, término adoptado oficialmente como lema para promocionarse y hacer difusión; y, el Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA) 2000- 2006.

El PNASRA implementó módulos instalados en los Centros de Salud (primer nivel de atención) y Hospitales Generales (segundo nivel) de la Secretaría de Salud (SS) para proporcionar servicios médicos, psicológicos y de consejería, información, orientación y educación sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, atención prenatal, prevención de embarazos no planeados. Se pretendió que en todas las unidades de salud de la SS del país existieran servicios especializados para la atención de las y los a los adolescentes. (Stern, C., y Diana Reartes, 2001; Stern, C. y Elizabeth García, 2001; Beltrán Aguirre, F. y Celia Benet, 2001).

El PAASA en sus orígenes fue elaborado en coordinación con la Dirección General de Salud Reproductiva, la Dirección General de Promoción de la Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Centro Nacional para el Control del VIH/SIDA y el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. Los servicios de salud “amigables” forman parte de este programa federal iniciados desde el 2000.

“La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes ha adquirido relevancia en los años recientes en la medida que tenemos evidencia de su impacto en la salud y en las condiciones de vida de los jóvenes”. (Secretaría de Salud, 2008:7)”.

“El cada vez más temprano inicio de la vida sexual (...) induce a los jóvenes a tener relaciones sexuales sin protección y facilitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual e incrementar el riesgo de tener embarazos no planeados (...) México ha tenido una amplia experiencia en actividades de planificación familiar desde los años sesenta. Los logros alcanzados después de tres décadas son innegables, (...) Sin embargo, el impacto no ha sido homogéneo. Algunos grupos poblacionales se han mantenido en el rezago (...) como la población adolescente. La fecundidad y la proporción de nacimientos de mujeres adolescente se han mantenido (...) sin cambios en los últimos quince años. (...) Para ser congruentes con estos objetivos y para alcanzar los objetivos internacionales de Desarrollo del Milenio, los cuales buscan que los países consigan reducir la tasa de embarazos en adolescentes, se presenta el Programa de Acción de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007 – 2012, con el propósito de contribuir al desarrollo y bienestar de los adolescentes, por medio de estrategias que permitan mejorar su salud sexual y reproductiva” (Secretaría de Salud, 2008:9)”.

Los planteamientos y discursos aquí citados, señalan como causa de los embarazos no planeados en adolescentes, la actividad sexual precoz sin ‘tomar las debidas precauciones’, así como la no utilización de métodos anticonceptivos; se anotan tres ideas que enfatizan la exposición de dichos funcionarios:

- a) Las y los adolescentes limitan el desarrollo de sus capacidades principalmente educativas y laborales y reproducen sus condiciones de pobreza ante un embarazo no planeado,
- b) entre la población adolescente, se ha mantenido la tasa de fecundidad, ‘sin cambios en los últimos quince años’,
- c) objetivos internacionales del denominado ‘Desarrollo del Milenio’, buscan que los países reduzcan la tasa de embarazos en adolescentes.

El contenido del PSSRA 2007-2012. incluye además, una Introducción, cinco capítulos, un capítulo de Anexos y sus correspondientes Bibliografía, Glosario de Términos, Acrónimos y Sinónimos y finalmente la parte de Agradecimientos. Los títulos de los capítulos son los siguientes: 1. Marco Institucional, 2. Diagnóstico de Salud, Organización del Programa, 4. Estrategia de Implantación Operativa, y 5. Evaluación y Rendición de Cuentas. De ellos se anotarán y resaltarán citas textuales.

En la *Introducción* del PSSRA 2007-2012 se lee:

“De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (...) los jóvenes en México inician tempranamente su vida sexual. En las mujeres la edad media es de 15.9 años en promedio, con prácticas generalmente no protegidas. Esto las predispone a infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, aborto (...) El embarazo a edades tempranas en jóvenes en situación de pobreza contribuye a perpetuar para ellas y sus hijos y a cancelar oportunidades escolares, de empleo y de acceso a mejores condiciones de vida. En nuestro país, poco se ha incidido en la problemática del embarazo en adolescentes (...) sin cambios desde la década de los noventa (...) Tanto a nivel nacional como internacional se ha planteado la urgente necesidad de políticas públicas dirigidas a contribuir a la reducción de los embarazos en adolescentes, disminuir las infecciones de transmisión sexual (...), así como promover conductas saludables y responsables alrededor de la sexualidad y la reproducción, para lo cual es necesario fortalecer los servicios de salud dirigidos a ellos (...). Para dar respuesta a esta problemática, la presente administración por primera vez desarrolla un Programa de Acción de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en el cual se establecen los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones que todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud deberán observar para su aplicación” (Secretaría de Salud, 2008:12)”

Dicha Introducción, señala y reconoce principalmente que las prácticas sexuales no protegidas, predisponen a embarazos no deseados y predisponen además a contraer infecciones de transmisión sexual; y, que poco se ha incidido en la prevención del embarazo en adolescentes, así como la gran necesidad de elaborar políticas públicas que reduzcan dichos embarazos y promuevan, la prevención de infecciones de transmisión sexual y prácticas sexuales, saludables y responsables.

En el capítulo de *Marco Institucional del PSSRA-2007-2012*, se señala que las actividades concernientes a la salud sexual y reproductiva que atienden a la población de adolescentes, se encuentran jurídicamente estipuladas en los ámbitos nacional e internacional y la Secretaría de Salud, se encarga de normar estas acciones. Sobre el Marco Nacional que protege el acceso a los servicios en esta materia, anotan: “Las discusiones y avances nacionales e internacionales en materia de derechos humanos ha permitido que las y los adolescentes sean reconocidos como personas sujetas de derechos, dejando atrás la idea de considerarlos objetos de protección. Por ello, se ha logrado un amplio reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos...” (Secretaría de Salud, 2008:13).

Los instrumentos que protegen el acceso a dichos servicios son: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (Arts. 1º y 4º), la Ley General de Población, la Ley General de Salud, la Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes²², la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; y, la Norma Oficial Mexicana (NOOM 005) de los servicios de Planificación Familiar. Los referentes Internacionales son: la Declaración Universal de los Derechos Humanos; Convención de los Derechos de los niños, Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), Conferencia Mundial de la Población y el Desarrollo (Cairo), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) (Secretaría de Salud, 2008:14). Un párrafo importante de anotar del capítulo “Marco Institucional” es el siguiente:

“(…), es de igual importancia reconocer que, aún cuando no existe legislación suficiente en materia de participación juvenil, *ésta es fundamental para lograr que las acciones tengan impacto en la vida de las y los adolescentes. Por tanto se debe de garantizar que ellas y ellos participen activamente en el diseño, la operación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas que están dirigidas a ellas y ellos*”²³ (Secretaría de Salud, 2008: 16 – 17)

El contenido del capítulo 1, describe la vinculación del PSSRA 2007-2012 con el PND y su vínculo con el Programa sectorial de salud (PROSESA), “El Programa de Acción de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes está inserto en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2007 – 2012), donde se plantean los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que le darán rumbo y dirección a la acción de gobierno durante la presente administración (...) En lo específico con el objetivo 6, ‘Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables...’ (Secretaría de Salud, 2008:17).

Sustentación con base en el PROSESA 2007 – 2012.

“El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007 – 2012 ha planteado la importancia de fortalecer las acciones de promoción de la salud, específicamente la salud sexual y reproductiva (...) por lo que en coordinación con la

²² El más actual sistema de protección de los derechos de este sector, fue expedido en 2014. Nuevo ordenamiento que garantiza el pleno ejercicio de sus derechos humanos; conforme a los señalamientos de la Constitución Mexicana y los Tratados Internacionales suscritos por México

²³ Las cursivas y negritas son mías.

Secretaría de Educación Pública, se establecerá una campaña permanente de educación sexual que favorezca el ejercicio de una sexualidad responsable y promueva el sexo protegido. (...) A través de estas estrategias se espera alcanzar los cinco objetivos rectores del PROSESA 2007 – 2012:

- Mejorar las condiciones de salud de la población,
- Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables,
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad,
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y,
- Garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y el desarrollo del país” (Idem).

Los extractos citados hasta aquí de este Programa, reflejan en esta versión 2007 - 2012 una vez más el discurso y las pretensiones de: mejorar, reducir, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, etc. En el contenido programático de los documentos oficiales, es recurrente la buena voluntad siempre de la búsqueda de la igualdad, el evitar el empobrecimiento, prestar servicios con calidad, etc., pero, parafraseando a Cervantes (2000:404), ya citado en el Capítulo Uno, que, aunque se proclama la igualdad, lo que sucede en la realidad de este país, es que la desigualdad social se produce y reproduce día a día, en la economía y organización de nuestra sociedad.

Lo importante es cierto y de eso se trata, es hacer más, pero se trata sobre todo de hacer mejor las cosas o, ¿se trata solo de reconocer que las instituciones hacen lo que pueden?, o decir que ¿sólo dan la cara de lo que si funciona?; una gran realidad es poner sobre la mesa y debatir, lo que a las instituciones les cuesta trabajo ver, entender y atender lo que NO funciona; es decir, reconocer y entender que la pobreza en las comunidades indígenas, se origina por el acceso socialmente diferenciado a los frutos del progreso, por la desigual distribución de la riqueza y el reparto inequitativo de las oportunidades (Salles y Tuiran, 2000: 50).

En su capítulo 2, referente al ‘Diagnóstico de Salud’ continúan señalando en sus subapartados:

“2.1 Problemática actual.

En México, el número de adolescentes de 10 a 19 años, (...) muestra diferencias entre grupos sociales, ya que el 31.1 por ciento de las jóvenes de zonas rurales ya han tenido su primer hijo a los 18 años y entre mujeres

indígenas lo ha hecho el 50.8 por ciento, en tanto que en las jóvenes que viven en áreas urbanas, sólo el 23.3 por ciento...” (Secretaría de Salud, 2008:19).

“2.2 Avances 2000 – 2006

En las últimas décadas se ha alcanzado una reducción significativa de la Tasa Global de Fecundidad (...). Sin embargo, entre la población adolescente los logros han sido menores, la reducción de la fecundidad sigue siendo un difícil reto...” (Ibidem: 2008:21).

Subgrupos como las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas, si bien por un lado se encuentran mencionados somera y superficialmente, en el discurso escrito de funcionarios y documentos, es realidad innegable que no se encuentran atendidas/os del todo. En las dos últimas décadas, la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes han sido temas prioritarios, la problemática social que enfrenta particularmente la población joven que vive en comunidades indígenas sigue siendo un asunto mayor; sus comportamientos y prácticas sexuales y reproductivas, les impactan a corto y mediano plazo, y directamente sobre el panorama demográfico actual y sobre la escasa participación de este grupo, en el ámbito socioeconómico del país.

“Por lo que respecta a la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva (...) En cuanto al IMSS-Oportunidades actualmente cuenta con 3 609 servicios denominados Centros de Atención Rural al Adolescente (CARAS)” (Ibid, 2008: 22).

En el contenido del PSSRA 2007 – 2012, sólo se hace referencia a estas figuras operativas y se dan cifras del número de CARAS existentes: 3 609 en su página 22, pero no se describen. Los CARA, son un modelo de atención que atienden a las y los jóvenes que viven en comunidades rurales e indígenas, sólo donde hay representación de esta figura, en ellos, las personas jóvenes reciben información sobre temas de su interés. Son espacios exclusivos y amigables, abiertos en cada una de las Unidades Médicas Rurales. “Desde 1998, IMSS-Oportunidades diseñó y puso en operación el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR), estrategia pionera en México, que tiene el objetivo de atender las principales necesidades y expectativas de los jóvenes, utilizando un enfoque integral de promoción de la salud y prevención de enfermedades”(www.imss.gob.mx); pero, ¿qué sucede

en la realidad de las y los jóvenes que no tienen por lo menos este tipo de atención, cómo o de qué manera resuelven las y los jóvenes sus necesidades de atención e información?.

Además, sin estar claro lo que representan y significan estos 3 609 servicios (si se refieren a espacios físicos acondicionados o qué son y cómo es su funcionamiento), en el PSSRA 2007-2012, sólo está mencionada someramente la población rural e indígena. Representa un reto la atención de las necesidades de las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas, particularmente en aspectos de salud sexual y salud reproductiva, si bien por un lado, se puede considerar que *existan* programas y servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a ellas/ellos, hay que considerar también, que pueden ser inoperantes y/o ineficaces, pues en general son programas y servicios pensados más para atender a jóvenes que viven en contextos urbanos; y *si no existen, es decir, si en las comunidades indígenas carecen y se encuentran sin estos servicios de salud sexual y reproductiva*, la situación se agrava aún más pues entonces las y los jóvenes indígenas, carecen de información **oportuna -preventiva-**, de condiciones favorables para transitar a su vida adulta y sus posibilidades de participar de manera importante en el desarrollo del país, son y serán limitadas o nulas.

En septiembre de 2013, se tuvo una entrevista en las oficinas de la Maestra Elizabeth Arteaga Avendaño, Coordinadora de Salud Reproductiva en comunidades Indígenas, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), para conocer la información actualizada que tienen sobre los denominados Centros de Atención Rural al Adolescente (CARAS) y particularmente, la ubicación de algún CARA en el municipio de San Felipe del Progreso, al respecto la información que facilitó fue la siguiente: la Unidad correspondiente de esta región está ubicada en el municipio de Ixtlahuaca, no hay atención especializada alguna en el municipio de San Felipe del Progreso, no hay este tipo de intervenciones en la región estudiada, los CARA, no tienen presencia en el municipio, de ahí, que sea necesario crear y fortalecer centros de atención especializados para jóvenes de estas comunidades.

Hay que continuar con la revisión de la dirección actual de dicho concepto en la formulación de acciones, dirigidas a las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas, enfatizar

elementos que identifiquen cómo y cuándo las desigualdades sociales y económicas, tienen impacto sobre las condiciones de salud sexual y reproductiva particularmente de estos jóvenes, partiendo de una realidad mencionada: las instituciones no hacen que los derechos sean inmediatamente accesibles.

El PSSRA 2007-2012, mantiene un discurso y ejercicio de prácticas unilaterales al elaborar políticas públicas rebasadas por los acontecimientos; sin embargo, no se puede concebir al sector de jóvenes que viven en comunidades indígenas como un grupo homogéneo e inferir que tienen los mismos problemas; no es lo mismo ser joven y vivir en Iztapalapa, que ser joven y vivir en Polanco, en la ciudad de México, o ser joven y vivir en San Felipe del Progreso en el estado de México; son distintas/os las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas de Oaxaca, estado de México, o las y los que emigran y llegan a residir al centro de la ciudad de México o algún municipio conurbado, o se asientan en la frontera Norte del país; son distintos las y los jóvenes raramuris de Chihuahua, o cualquier otra entidad federativa con regiones indígenas.

Influye de manera importante la zona y región del país en la que vivan, su pertenencia a cualquiera de los grupos étnicos, su acceso al capital cultural del que dispongan, su cercano o lejano contacto con los fenómenos modernos, la forma de vivir estos encuentros, sus distintos grados de hibridez. Hibridación dice García Canclini (2003:III), son los procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas que existían en forma separada se combinan para generar nuevas estructuras y prácticas; relativizar la noción de identidad es la propuesta de este autor, a partir de los variados procesos de hibridación partiendo de un hecho real: mujeres y hombres de las nuevas generaciones indígenas están cambiando en sus procesos socioculturales y en sus comportamientos reproductivos, continuamente también se transforman e incluso buscan formas nuevas de identificarse y de ser identificados

Sobre los Retos del PSSRA 2007-2012, se destaca:

“2.3 Retos 2007 -2012 (...)”

Hasta el momento, los servicios de salud sexual y reproductiva no han cubierto las necesidades de los adolescentes (...)

La atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes implica dirigir mayores esfuerzos y recursos para poner en marcha que logre congruencia entre sus necesidades de salud y la calidad de los servicios médicos (...)

En esta trayectoria avanzaremos en los siguientes retos:

Superar las barreras sociales que limitan los derechos sexuales y reproductivos del adolescente. La indecisión y confusión que prevalece alrededor del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes tiene un efecto negativo en las estrategias dirigidas para promover un comportamiento sexual saludable en esta población y esto tiene como origen la falta de una adecuada educación sobre sexualidad y reproducción de los padres, madres de familia, personal del magisterio y personal de salud, lo que hace difícil y retrasa el avance de las acciones que tienen el propósito de contribuir a mejorar los niveles de conocimiento y manejo de los aspectos básicos en esta materia y que dificulta el acceso de los jóvenes a información veraz, oportuna y adecuada. Si a esto se agrega la conducta prejuiciosa y poco accesible del personal de salud se cierra un círculo (...) que desencadena desde proporcionar servicios deficientes, hasta la negación misma de la atención, propiciando que los adolescentes se alejen de los servicios y recurran a opciones poco confiables, lo que repercutirá negativamente en su salud” (Secretaría de Salud, 2008:22 - 23”.

Aun cuando son programas que han priorizado la atención de las y los jóvenes en general, en la práctica se dan injusticias e inequidades en detrimento de la población indígena y a pesar de que existen políticas públicas, que se han convertido en el eje para aminorar la desigualdad social. La efectiva articulación de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, de las y los jóvenes indígenas sólo será posible cuando en sus comunidades tengan recursos, bienes y oportunidades para cuidar su salud sexual y reproductiva, mejoren sus condiciones socioeconómicas y se les reconozca como jóvenes propiciadores de sus propios cambios. Representa un *reto* en sí mismo, la atención de las necesidades en sus comunidades indígenas de las personas jóvenes –estudiantes o no estudiantes-, *entender* sus perspectivas, atender y resolver sus demandas insatisfechas, así como el reto mismo de que sean ellas y ellos mismos protagonistas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente sobre los capítulos 3 y 4 del PSSRA 2007-2012, se destacan los siguientes planteamientos:

“3 Organización del Programa.

3.3 Objetivos

General

Contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, superar las inequidades sociales..”
(Ibidem, 2008:26).

“3.4 Estrategias y Líneas de Acción

ESTRATEGIA 1: Promover acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar a las diferentes audiencias sobre la importancia de la prevención, la adopción de conductas saludables en salud sexual y reproductiva para disminuir los riesgos que tienen los adolescentes al tener prácticas sexuales sin protección...

ESTRATEGIA 2: Mejorar el acceso y calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva....

ESTRATEGIA 3: Sensibilizar a los prestadores de servicios para atender las necesidades de las y los adolescentes....

ESTRATEGIA 4: Mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud. (Secretaría de Salud, 2008:26 - 27)

“3.5 Metas 2008 – 2012

Para el periodo 2007 – 2012 se tienen programadas las siguientes metas:

1. Reducir la tasa específica de fecundidad en las adolescentes
2. Incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes ...
3. Reducir el nivel de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos
4. Incrementar al 70% para el 2012 el uso del condón en las relaciones sexuales ...
5. Incrementar en un 10% el número de servicios especializados en la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes...”

“4. Estrategia de implantación operativa

1.2 Estructura y niveles de responsabilidad

La rectoría de este Programa de Acción será responsabilidad directa de la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva....

Nivel Estatal

La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes se proporcionará bajo dos modalidades, la primera de manera horizontal, es decir que en todas las unidades de primer nivel de las instituciones del Sistema Nacional de Salud se atiende la demanda de atención de este grupo de edad y la de

servicios especializados para las y los adolescentes denominados²⁴ en el caso del IMSS Oportunidades, Centros de Atención Rural al Adolescente (CARAS), con presencia en 17 estados del país, con un total de 3610 servicios, de los cuales se encuentran ubicados 3541 en Unidades Médicas Rurales (UMR) y 69 en Hospitales Rurales... (Secretaría de Salud, 2008: 32-33).

Vale la pena enfatizar que, si bien a lo largo del documento hay una jerarquización de los problemas de las y los jóvenes, en salud sexual y reproductiva: como los son los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual, el VIH - Sida, la no utilización de métodos anticonceptivos como consecuencia de la espontaneidad y no premeditación de los encuentros sexuales, y la carencia de información; también hay que señalar que "...aunque el programa tiene como objetivo central contribuir a la salud reproductiva de los adolescentes, esta, no es definida a lo largo del documento programático" (Stern, C., y Diana Reartes, 2001: 27) y tampoco, aparecen definidos conceptos relevantes como prácticas sexuales sin protección, sexo seguro y sexo protegido.

En esta edición del PSSRA 2007 – 2012, su discurso retoma e integra políticas y acciones impulsadas con anterioridad, el concepto de salud sexual y reproductiva después de la El Cairo-1994 ha sido vinculado a una perspectiva de desarrollo, a las políticas de combate a la pobreza, a las educativas y sociales en general. Sin embargo, no obstante que se han experimentado transformaciones políticas, económicas y sociales, que podrían suponer mejoría en el bienestar general de la población, "...la persistencia y profundización de la desigualdad económica entre los mexicanos ha determinado que la inequidad sanitaria (...) continúe y que, en algunos casos incluso se acentúe" (Bronffman, 1999: 13).

Y para particularizar la situación de las y los adolescentes y jóvenes que viven en comunidades indígenas del Estado de México, hay que recordar la siguiente cita (ya anotada desde el capítulo 1) de fuentes oficiales del Gobierno Federal:

"De acuerdo con los datos observados, en 2010 poco menos de la tercera parte de la población del Estado de México es menor de 15 años (4.43 millones, 29.2%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 29 años) (2.84 millones, 18.7%)" (Consejo Nacional de Población, 2011: 13)

²⁴ Sic.

Y se puede además agregar:

“Así, en el Estado de México 16.8 por ciento de las mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años. Las mujeres adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención, debido a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta en el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta ...” (Consejo Nacional de Población, 2011:15)

Dos apuntes finales de este apartado:

- i) En el presente trabajo, se hace referencia a la población objeto de estudio como, *jóvenes que viven en comunidades indígenas*; planteamiento derivado de la premisa y reconocimiento de la existencia de una *diversidad de juventudes en nuestro país*. Si bien el eje central de este apartado fue revisar las características del PSSRA 2007 – 2012, y contribuir a la reflexión y análisis de estas mismas acciones, es necesario realizar las siguientes anotaciones respecto a este sector y grupo poblacional, contribuyendo para este propósito la caracterización que hace Pozas (1998): el cambio efectuado entre individuos de los núcleos de indios se limita a un área de ascenso social reducido, sólo un pequeño número logra de una generación a otra, llegar a los sectores de la mediana y pequeña burguesía, asimismo, la participación del indio en el desarrollo nacional debe de hacerse considerándolo siempre dentro del sistema capitalista como integrante de las clases sociales. La característica principal del indio, dice Pozas, radica en las relaciones de explotación de que es objeto, su existencia está condicionada por la de su explotador, el capitalista tradicional.

Los elementos básicos en la definición de los *núcleos indígenas* como Pozas los denomina son: a) que su participación en la producción económica determina cambios en su vida particular, en la de su comunidad y en su cultura y b) dichos núcleos indígenas forman una estructura de relaciones internas con una organización social y normas propias, a las que Pozas denomina *intraestructura*. La intraestructura es una estructura distinta de la del país, pero también es parte de ella y en un proceso dialéctico se diluye, a la vez que se fusiona con ella. Un planteamiento relevante planteado por el mismo autor, señala que el indio mantiene en sus localidades un conjunto de actividades económico-sociales, propias

de las localidades indias: recolección de leña, frutos y plantas silvestres, tejido de objetos de palma y telas en telares prehispánicos, cultivo y venta de productos agrícolas, trabajo en faenas o tequios, desempeño de funciones político-religiosas sin remuneración y, cooperación en todas las tareas (Pozas, 1998:176). Estas son algunas de las aportaciones del pensamiento de Pozas.

José del Val (1999: 28) por su parte, anota que "...aparece como problemático (...) la definición misma del sujeto: ¿los pueblos indígenas?, ¿la población indígena?" continua exponiendo, en este sentido hay un desorden derivado de la crisis del indigenismo sustentado en el mismo discurso hegemónico, *pueblos indígenas* dice, es una expresión consagrada en la Constitución Política Mexicana y en el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); *población indígena* tiene un sentido más técnico, del dominio de la demografía y utilizado para la generación de censos y estadísticas. Población indígena hace referencia a las personas hablantes de lenguas indígenas (HLI), pero es una categoría insuficiente cuando se quiere dar cuenta de los conjuntos sociales, derivados de culturas originarias y características demográficas, sociales, políticas, económicas y culturales que les son propias. Pero, por otra parte, hay que señalar que, institucionalmente el criterio predominante para identificar a la población indígena ha sido el lingüístico, muy limitado por cierto ya que a nivel de políticas públicas ha costado mucho establecer, otros criterios que operacionalicen el acercamiento con esta población.

- ii) Sobre el tema central del trabajo, hay que retomar a Beltrán y Cecilia Benet, (2001:121), cuando señalan que: "No obstante el avance en los conceptos y en la instalación de servicios específicos para adolescentes se observa que éstos, en una primera etapa sólo cubren al grupo que habita en las zonas urbanas, con lo cual se mantiene como un reto la atención a las necesidades de los jóvenes del área rural". Y por supuesto las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas.

CAPITULO 3. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO (DCP).

Hoy por hoy ¿cómo están resolviendo y decidiendo afrontar las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas, el inicio y el ejercicio de su vida sexual y reproductiva? ¿Qué si les funciona o qué no les funciona, a las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas de la información y atención que ofrecen, o que dicen ofrecer las instancias correspondientes sobre prevención del VIH, ITS y embarazos no deseados, de la promoción de conductas sexuales y reproductivas saludables y responsables?

Representa un reto entender y atender, las necesidades y demandas en materia de salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes, de estudiantes de bachillerato (o cualquier otro nivel escolar y de adolescentes y jóvenes que están fuera de cualquier sistema escolarizado) que viven en regiones indígenas del país. Son múltiples y diversas las necesidades de estas/os jóvenes, son situaciones que padres y madres de familia, comunidades, educadores y proveedores de servicios de salud e instituciones sociales y gubernamentales, deben de entender y atender. Hay que investigar, ya que se requiere generar información a partir de la proporcionada por las y los jóvenes e indagar sobre sus propias perspectivas.

El interés principal en esta parte del trabajo, es indagar cómo perciben las y los jóvenes estudiantes de bachillerato que viven en comunidades indígenas del estado de México, la información que tienen y a la que tienen acceso sobre salud sexual y reproductiva, así como la percepción que tienen sobre el inicio y ejercicio de su vida sexual y reproductiva, y la atención y acceso o no, a los servicios de salud en estas materias.

Hay que comprender que la participación comunitaria significa, involucrar a la gente de la comunidad en la identificación y resolución de sus problemas y en la toma de decisiones sobre estos procesos. En una sociedad desigual se requiere de la colaboración horizontal, que hablen las y los directamente interesados, dar voz a las perspectivas de la comunidad estudiantil de la Escuela Preparatoria Oficial 239 (EPO-239), ubicada en la localidad de Mayorazgo, municipio de San Felipe del Progreso, estado de México, plantel participante en esté DCP, construir con ellas y ellos una aproximación de lo que sucede desde su realidad.

Por ello, en este capítulo, se incluyen tres apartados titulados:

- Sobre la metodología y herramientas empleadas
- Los Resultados y el Análisis, y,
- Algunas conclusiones del DCP

En el desarrollo del trabajo, se van incorporando referentes empíricos que permiten contextualizar la salud sexual y reproductiva, de las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas, y las condiciones socioeconómicas y culturales en que se desenvuelven cotidianamente.

Sobre la metodología y herramientas empleadas

La investigación participativa, es un conjunto metodológico de procedimientos operacionales que busca propiciar un intercambio entre conceptos y hechos, rompe con las percepciones tradicionales de “verdad” y “ciencia”; es una corriente de las ciencias sociales que rechaza la llamada neutralidad de la ciencia, es un tipo de investigación dicen algunos autores, que debe de servir a determinados sectores sociales (Pando, M. y Villaseñor, 2002:236).

Este DCP, es el resultado de un nivel particular de investigación empírica y aproximación cualitativa. “La investigación cualitativa aparece como una forma necesaria de acercamiento cuando la perspectiva de la realidad que se busca conocer es el punto de vista de los actores, la interpretación desde la experiencia vivida... Se privilegia (...) la profundidad sobre la extensión numérica de los fenómenos, (...) la ubicación dentro de un contexto en vez de la representatividad estadística” (Szasz: 2002: 22). El DCP pretende identificar las desigualdades socioeconómicas y culturales de las y los jóvenes, que viven en comunidades indígenas, así como sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva; de esta manera será posible conocer algunas de las circunstancias y razones, por las que la población joven de comunidades indígenas de esta región, responde o no, a las acciones del gobierno.

Además, en las ciencias sociales contemporáneas agrega la misma autora, la investigación cualitativa es el proceso en que los datos empíricos se obtienen mediante etnografías, historias de vida, relatos, testimonios o *entrevistas individuales o grupales* y, “En este último tipo de material cualitativo, la base para el análisis son los textos obtenidos de las narraciones o diálogos realizados” (Szasz, 2001: 2).

Para éste trabajo, *la entrevista participativa*, ha sido una herramienta importante en la implementación del DCP; en trabajo de gabinete se elaboró un formato (Véase apartado de Anexos) de Entrevista Auto-Aplicada (EA-A). Participar, dicen Pando y, Villaseñor (2002), puede entenderse como ayudar en la ejecución y realización de una entrevista, efectuándola dentro de un proceso participativo de investigación. Particularmente la *entrevista auto-aplicada* como herramienta y técnica de investigación social, facilitó en este DCP que las y los participantes ayudaran de manera directa en la realización de la entrevista, se le denominó ENTREVISTA AUTO-APLICADA por las cuestiones estratégicas que a continuación se describen:

- Para la aplicación de la entrevista, hubiera sido difícil y complicado reunir un grupo de casi un centenar de jóvenes, por lo que,
- se identificó un centro escolar con población estudiantil no mayor a 100 jóvenes.
- El centro escolar fue un espacio físico importante, al tener la posibilidad de estar reunidos un grupo de casi 70 personas utilizando, realizando y resolviendo la entrevista al mismo tiempo, en un solo evento.

En este tipo de entrevistas la participación de la población no es un medio para coleccionar información, sino un fin en sí mismo, “... existen (...) diferentes posturas desde las cuales se define (el) propósito y utilidad” de la entrevista participativa (Pando y, Villaseñor, 2002:235), está es uno de los cinco modelos de entrevista grupal, que como tal, ocupa un espacio importante entre las técnicas de investigación social.

En la investigación cualitativa la “... preocupación básica es la comprensión del mundo social desde el punto de vista del actor” (Martínez, 2002: 45 - 49). La indagación, interpretación del entorno y realidad social y el análisis de datos en que se desarrolla la información a la que tienen acceso sobre salud sexual y reproductiva, el inicio y ejercicio de su vida sexual y reproductiva, la atención y acceso -o no- a servicios de salud en materia de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes estudiantes de bachillerato, que viven en comunidades indígenas en el estado de México, representa un reto. La investigación cualitativa se va desplegando, dice Martínez conforme transcurre el trabajo de campo; se parte de ciertos planes para observar o *entrevistar*. Una primera fase fue el trabajo de gabinete para establecer la duración y momento de ejecución del DCP, el diseño y la elaboración de las técnicas y herramientas de investigación que se emplearían, entre ellas la entrevista participativa, así como organizar las tareas para cada etapa del diagnóstico. Todas las etapas se vincularon de manera directa entre trabajo de gabinete y trabajo en campo.

El periodo de desarrollo del DCP abarcó de septiembre a diciembre del 2013. Se realizaron dos encuentros con el personal docente, directivo y comunidad estudiantil para presentar el tema de investigación, solicitar su colaboración, entregar el plan secuenciado de actividades y técnicas de recolección de datos, asimismo se hizo el compromiso de entregar resultados preliminares en el mes de diciembre del 2013, e implementar 1 o 2 talleres de los temas centrales derivados de los resultados del DCP. A partir de la tercera visita en el plantel escolar se inició el trabajo del DCP. La secuencia del DCP fue la siguiente:

1ª Etapa. Coordinación con autoridades educativas para dar a conocer los objetivos del trabajo y solicitar su apoyo y colaboración. Periodo: Septiembre y 1ª semana de octubre 2013.

2ª Etapa. Realizando el DCP. Aplicación de técnica, sección I Datos Básico y sección II, EA-A. Periodo: Octubre 2013.

3ª Etapa. Realizando el DCP. Aplicación de técnica: Ficha de Identificación de Necesidades o Prioridades. Periodo: octubre 2013

4ª Etapa. Realizando el DCP. Aplicación de técnica: Buzón de preguntas. Periodo: Noviembre 2013.

5ª etapa. Realizando el DCP. Aplicación de técnica: Mapa de servicios. Periodo: Noviembre 2013.

6ª etapa. Entrega de informe preliminar e implementación de taller sobre salud sexual y reproductiva.

Sobre las metodologías de diagnóstico participativo, Bartra (2004:9) señala que estas se fundan en la idea socrática de que el saber está en las personas, que las parcelas de la realidad en que nos movemos, entendidas como ámbitos espacio-temporales acotados por los alcances de nuestra experiencia colectiva directa e indirecta, son unidades de análisis válidas para el ejercicio gnoseológico. La Escuela Preparatoria Oficial, No. 239, fue el plantel escolar invitado a participar en este trabajo. El trabajo con el grupo de estudiantes no buscó abarcar una muestra representativa; *buscó predominantemente conocer sus percepciones respecto a la información, el ejercicio de su vida sexual y reproductiva, y, la atención y acceso -o no- a servicios de la salud sexual y reproductiva;* buscó además moverlos –tentativamente- a la reflexión ante la elección de alternativas en el ejercicio de su vida sexual y reproductiva, en relación a los componentes que subsisten en el concepto de salud sexual y reproductiva como:

- A. Relaciones sexuales sin protección.
- B. VIH – Sida.
- C. Infecciones de transmisión sexual.
- D. Unión de pareja.
- E. Embarazos no deseados, y,
- F. Maternidad en soltería.

La unidad de análisis fue el discurso de las/os participantes, se analizó el discurso escrito y hablado. En el análisis de los resultados se incorporan verbalizaciones de las personas participantes. “Se parte de la idea de que el grupo es una unidad, más allá de la suma de las

individualidades. Lo que aquí se exprese no representa sólo el sentir del individuo, sino que refleja el acontecer del grupo. Por tanto, más que los individuos en sí mismos, estamos entrevistando “al grupo”, aun asumiendo que se constituye por individuos” (Pando y, Villaseñor, 2002: 238).

Además, por tratarse de aspectos íntimos de la vida privada “... donde interviene el peso de la valoración y normatividad social...” (Szasz, 2000b: 13) y dado el carácter de los temas e información a obtener, se buscó que, las y los jóvenes entrevistadas/os se sintieran cómodas/os y guardar la identidad individual. El anonimato fue garantizado a las/los participantes, desde la misma formulación y cuerpo del formato²⁵ de la E-AA, así como en las otras técnicas participativas²⁶; y, en la presentación de resultados. Se consideró que esta forma, facilitaría también, que las respuestas de las personas fueran fidedignas.

La EA-A Incluye dos secciones:

I. Datos²⁷ Básicos de cada participante:

Edad, grado escolar, sexo, con quién vive actualmente, nombre de la localidad de origen, dónde asiste para atenderse medicamente, si habla -o no- la lengua mazahua y finalmente; quiénes de sus abuelas/os, padre o madre de familia hablan la lengua mazahua.

II. La segunda sección de la EA-A, inició con una aproximación de lo que puede entenderse por salud sexual y reproductiva, en esta se desarrollan los seis componentes²⁸. Para desarrollarlos, se elaboraron tres niveles de preguntas:

²⁵ En los formatos elaborados, se descartó pedir, el dato personal de nombre y apellidos.

²⁶ Ficha de identificación de necesidades y Buzón de preguntas.

²⁷ La edad, su situación de estudiante, ser hombre o mujer, su lugar de residencia, si hablan o no, su lengua materna y otros más que se analizaran en este apartado, son variables que definen a un/a adolescente o joven en relación a su situación de vida y su estatus socioeconómico, son factores que condicionan las características y necesidades de las diferentes adolescencias y juventudes señala Schiavon (2008), y que harán posible describir a la población en cuestión y analizar a su vez, asociaciones entre variables como por ejemplo, embarazo temprano y sexo protegido.

²⁸ Relaciones sexuales sin protección, VIH – Sida, Infecciones de transmisión sexual, Unión de pareja, Embarazos no deseados y, Maternidad en soltería.

- i) Preguntas abiertas para indagar puntos de vista personales-
- ii) Preguntas cerradas y,
- iii) Preguntas generadoras.

El enfoque metodológico del DCP buscó asimismo, organizar momentos de reflexión colectiva, a través de la implementación de tres técnicas de investigación participativa:

1. Técnica: Ficha de identificación de problemas, necesidades y prioridades. (Véase formato en capítulo de Anexos):

- ⊖ Se distribuyó y entregó a las y los estudiantes, el formato de Ficha de Identificación que incluía las indicaciones a seguir.
- ⊖ Respondieron de manera individual y anónima.

2. Técnica: Buzón de Preguntas:

- ⊖ Se distribuyeron tarjetas para que formularan y anotaran 3 preguntas sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva.
- ⊖ De manera individual y anónima anotaron tres preguntas en las tarjetas.
- ⊖ Luego las depositaron en un buzón.

3. Mapa de servicios:

- ⊖ Se distribuyeron hojas de rotafolio, plumones y maskin
- ⊖ Previa dinámica de grupo, se integraron equipos de 7 personas.
- ⊖ Por equipo de trabajo, tenían que intercambiar opiniones, identificar y dibujar los espacios físicos a donde recurren, para recibir información sobre salud sexual y reproductiva.

En los siguientes apartados de este capítulo, se analizarán e interpretarán los datos generados.

Los Resultados y el Análisis del DCP.

La presentación de éstos resultados y su análisis, pretende contribuir a la reflexión sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes que viven en comunidades indígenas de México. Los datos que se están presentando fueron recabados de septiembre a diciembre del primer semestre del ciclo escolar 2013- 2014. En el desarrollo del análisis, se hace referencia y señalan cifras, datos o estadísticas oficiales respecto a las materias revisadas, se van describiendo a su vez, aspectos de la realización del DCP. Hay que recordar que fue realizado con jóvenes estudiantes de nivel medio superior. Participaron de 60 a 68 estudiantes en las diferentes etapas del proceso.

Conviene recordar también, el orden en que fueron realizadas las técnicas, ya que de esa misma forma serán revisadas y, presentados los resultados alcanzados:

- Entrevista Auto-Aplicada (EA-A).
- Ficha de Identificación de Necesidades o Prioridades.
- Buzón de Preguntas y,
- Mapa de Servicios.

Particularmente, en el análisis de la Entrevista Auto-Aplicada²⁹, a partir de la segunda sección, se retoma el discurso escrito de las y los estudiantes y, se incorporan reproducciones literales y/o extractos de sus respuestas y argumentaciones³⁰ como veremos enseguida:

²⁹ En el caso de la EA-A, la participación y conocimientos de ellas y ellos, están plasmados y representados en Cuadros y Esquemas en el capítulo de Anexos, son tablas informativas extensas y contienen elementos informativos de cada estudiante.

³⁰ Se anota desde este momento, que en las respuestas que se citan, se respeta la sintaxis y gramática empleada de las/os estudiantes, éstas, presentan frecuentes errores ortográficos y gramaticales.

Entrevista Auto-Aplicada (EA-A)³¹

Cuadro 1, éste presenta un panorama de la comunidad estudiantil participante en la EA-A, datos completos de la Escuela Preparatoria participante, nombre de la localidad y municipio donde está ubicada. Se presentan también, número de estudiantes participantes en la EA-A, grupos por grado escolar, sexo y número de alumnas/os por grado escolar, así como grupos de edad.

I. DATOS BASICOS³²

CUADRO 1

Plantel	No. total participantes en la Entrevista Auto-aplicada	Grupos por grado escolar		Alumnas/os por sexo y grado ³³ escolar		Grupos de edad por grado escolar	
				M	H		
Escuela Preparatoria Oficial No. 239. Ubicada en la localidad de Mayorazgo, Mpio. de San Felipe del Progreso.	68	1°	1	36	12	24	14 a 18
		2°	1	18	10	8	16 a 18
		3°	1	14	6	8	16 a 19
					28	40	

³¹ Hay que tener presente que el formato incluye dos secciones: I. Datos Básicos y, II. Salud sexual y reproductiva

³² Primera sección de la EA-A.

³³ La eficiencia terminal educativa en el plantel escolar, indica elevados niveles de deserción, situación que se agudiza sin duda alguna en el 3er y último grado escolar.

Los cuadros 1.1, 1.2 y 1.3 de la primera sección de la EA-A, presentan un panorama general del entorno inmediato y cercano de las y los 68 jóvenes participantes: estatus familiar, nombre de la localidad, nombre del barrio o ranchería donde habitan, lugar de atención médica a la que recurren y/ o reciben.

CUADRO 1.1

Con quien vives actualmente	Papá y mamá	Sólo mamá	Solo papá	Otra situación
68 personas Participantes	50	9	6	2 personas viven con sus abuelos. 1 persona anotó la siguiente respuesta: "personal"

CUADRO 1.2

Nombre de las localidades, barrios o rancherías donde viven
Dotegiare, San Francisco de la Loma, Ranchería la Carrera, La Purísima Concepción Mayorazgo, San Juan Rioyos, Barrio Santa Cruz, Ranchería la Soledad, San Pablo Tlalchichilpa, Ejido La Concepción Chico, Ranchería La Ciénaga, Barrio El salto, San Antonio, la Ciénaga, Choteje, Rioyos Buenavista, El Porvenir, San José del Rincón, San Onofre Centro, San Jerónimo de los Dolores, Ranchería la Soledad, Barrio las Torres, San Lucas Ocotepac, Mayorazgo Emiliano Zapata, Calvario Buenavista, El tunal, Guadalupe del Pedregal, Barrio, Boreje, 2ª secc., Choteje, San Francisco Soló

CUADRO 1.3

	Centro de Salud	Consulta particular	IMSS	Otra situación
Para cuidar y atender tu salud física, asistes a:	57	7	3	1 persona contestó: en Hospital del DF

Particularmente, se hacen algunas consideraciones del cuadro 1.4, que presenta los resultados de dos preguntas: ¿hablan o no la lengua mazahua? y, ¿quien(es) de su(s) - ascendiente(s) en línea directa-, hablan dicha lengua?.

Sobre las lenguas maternas, se puede señalar que en algunas regiones indígenas, están dejando de ser aprendidas y utilizadas por las nuevas generaciones de jóvenes. "... el análisis estadístico indica que cuando únicamente la cónyuge del jefe del hogar habla una lengua indígena, hay una menor transmisión de la misma, que (...) cuando el jefe del hogar es el que la habla, probablemente sea más fácil que se trasmita" (Fernández, 2003: 17). Los resultados que se obtuvieron respecto a ésta pregunta son los siguientes:

CUADRO 1.4

Las y los participantes hablan o dominan la lengua mazahua.		Quiénes si hablan la lengua mazahua.				
SI	NO	Papá	Mamá	Abuelos	Abuelas	Otra situación o respuesta
4	64	21	28	37	51	8 personas no contestaron quienes de sus familiares si hablan el idioma mazahua.

Habría que preguntarse, si son los cambios económicos y demográficos, la razón del abandono de su lengua materna, o si influye mucho más la discriminación y exclusión de que son sujetos las personas hablantes de alguna lengua indígena. Como elemento de identificación, valdría la pena analizar desde la perspectiva de las y los jóvenes ¿cuáles son los factores que influyen para que ellos y ellas abandonen la lengua indígena?, pero eso sería un asunto de abordar en otro trabajo.

II. SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA³⁴

Al inicio de esta segunda sección, el contenido del formato de la EA-A hace referencia a una breve exposición del significado de salud sexual y reproductiva. Luego, se presenta un esquema para resolver y contestar, cuál es el nivel de información que consideran tener sobre salud sexual y reproductiva.

Las respuestas de un total de 68 estudiantes, fueron:

- 23 mujeres se auto-perciben como regularmente informadas, una se auto- percibe como nada informada, y 4 mujeres consideran estar muy informadas.
- 34 hombres se auto-perciben como regularmente informados y 6 consideran estar muy informados.

En el Cuadro 2, se anotan de forma esquematizada las respuestas, a la pregunta de cómo se auto-perciben, respecto a estar o no, informadas/os en materia de salud sexual y reproductiva.

CUADRO 2

	Sobre salud sexual y reproductiva, TÚ estás:								
	Regularmente informada/o			Nada informada/o			Muy informada/o		
	Grado escolar			Grado escolar			Grado escolar		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Mujeres participantes	9	9	5	1	0	0	2	1	1
Hombres participantes	22	5	7	0	0	0	2	3	1
Gran total	31	14	12	1	0	0	4	4	2

³⁴ Segunda sección de la EA-A.

Ver y reconocer a las y los adolescentes y jóvenes, con sus propias necesidades, especialmente entre los sectores más marginados, es poco común; conocer como se auto-perciben ellas y ellos, también es una práctica relativamente nueva.

Sobre la auto- percepción de las y los jóvenes participantes, sólo una joven de segundo grado, contestó estar “nada informada”; 10 personas, entre mujeres y hombres se auto-perciben estar “muy informadas/os”, el resto; es decir, 57 personas consideran estar “regularmente informadas”.

Cabe hacer una aclaración: el hecho de sentirse informadas/os, no significa que conozcan plenamente sus derechos, otro asunto y tema aparte sería saber qué tanto conocen y perciben el respeto de sus derechos, y hacen efectivo el ejercicio de sus derechos

Para continuar con esta presentación de resultados, de la segunda sección del formato de la EA-A, recordemos el orden de los componentes en materia de salud sexual y reproductiva incluidos: A. Relaciones sexuales sin protección, B. VIH-Sida, C. Infecciones de transmisión sexual, D. Unión de pareja, E. Embarazos no deseados, F. Maternidad en soltería.

Resultados alcanzados sobre:

A. Relaciones Sexuales sin Protección

Un eficaz principio para conocer sobre prevención y prácticas sexuales seguras, es entender lo que significan dichos términos y difundirlos (y llevarlos a la práctica claro está). Lamentablemente dichas definiciones **no se encuentran**, ni están incorporadas en los documentos oficiales y programáticos, se pudo constatar así, al revisar el Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y el Programa de Acción Específico 2007 – 2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS.

Sobre éste tema, se formularon 5 preguntas: las tres primeras, fueron preguntas abiertas para conocer la información que tienen sobre *sexo seguro, sexo protegido y, las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección de condón.*

Sin considerar el grado escolar, se pueden identificar respuestas completas y exactas de las y los participantes en la EA-A, sobre los temas de sexo seguro y protegido, algunas respuestas incluso incorporan el uso de métodos anticonceptivos actuales como el condón femenino, otras, si bien pueden ser respuestas completas, tienen una carga de idealización de la pareja.

Revisemos algunas respuestas³⁵ de las y los estudiantes, acerca de sexo seguro y protegido:

- ⊖ *“Tener relaciones con mi novia y cuidarnos (...) con el condón”,*
- ⊖ *“... cuando se tienen relaciones sexuales con condón ...”,*
- ⊖ *“... cuando dos personas están seguras de querer tener relaciones sexuales para poder tener un hijo....una familia.,*
- ⊖ *“... cuando usan un protector para tener relaciones sexuales por ejemplo el condón ...”,*
- ⊖ *“Cuando están informados sobre cómo tener relaciones sexuales con la pareja o novia”*
- ⊖ *“... al momento de tener relaciones sexuales uses protección como condones...”,*
- ⊖ *“Estar seguro de alguna cosa de sexualidad o estar más informado sobre la sexualidad”,*
- ⊖ *“Tener relaciones con protección para que no te pueda dar una enfermedad...”,*
- ⊖ *“Pues sería cuando tu pareja y tú pidan información sobre tener relaciones sexuales para no contraer enfermedades o queden embarazadas”,*
- ⊖ *“Cuando utilizas el condón femenino y si falla sabes que tu pareja te apoyaría”.*

Como se puede apreciar, las respuestas anteriores de las y los estudiantes, resaltan las ideas y necesidad de estar informados sobre sexualidad y, prevenirse de no contraer enfermedades o embarazos.

Se encontraron también respuestas imprecisas y/confusas sobre sexo seguro y protegido:

- ⊖ *“El utilizar algún método”,*
- ⊖ *“... cuando usas un preservativo por ejemplo: condón, pastillas, inyección, etc.”,*
- ⊖ *“... Protejerte para no embarazarte y tener buena vida para no causar una enfermedad”,*
- ⊖ *“Protejerte con condón, tomar pastillas etc.”,*
- ⊖ *“Al tener relaciones usar protecciones anticonceptivos”,*
- ⊖ *“Al tener relaciones te cuides para no sufrir ciertos riesgos”*

³⁵ En las respuestas que se citan, se respeta la sintaxis y gramática empleada de las/os estudiantes.

- ⊖ *“Que no tienes ninguna enfermedad contagiada”,*
- ⊖ *“..Que todos los elementos no se determinan”,*
- ⊖ *“... Es cuando tengas algo que ver en las situaciones llevadas en segurarse”,*
- ⊖ *“... De tener seguridad y relación entre si”, “Al ver que tu pareja no tenga ninguna enfermedad”.*

Sobre las Consecuencias ante prácticas sexuales desprotegidas, es decir, relaciones sexuales sin protección del condón, igual, hay repuestas acertadas y claras:

- ⊖ *“Quedar embarazada y a partir de eso se derivan muchas consecuencias, como el abandono de la escuela, rechazo de la familia y terminar como madre soltera”,*
- ⊖ *“Quedar embarazada o también tener una enfermedad como el sida, el papiloma humano, el herpes o también otras enfermedades”,*
- ⊖ *“... que las mujeres queden embarazadas y en algunos casos los hombres las dejen solas y se van, además dejan sus estudios ..”,*
- ⊖ *“Que pueda ser un embarazo no deseado al no tener responsabilidad no usan protección por eso hay mucho embarazo no deseado”,*
- ⊖ *“Un embarazo no deseado, enfermedades, discusiones entre familia, ‘alejamiento’. Hablar mal de las personas, como todos los conoces salieron con su domingo 7, críticas”,*
- ⊖ *“Si quedan embarazadas las niñas y el hombre si está estudiando dejarlo para dedicarse a trabajar y ser padres a corta edad al igual casarse”*

Sobre las consecuencias, hay también respuestas que mencionan al aborto como una opción, otras respuestas denotan falta de información, que a su vez deriva en falsas ideas o, respuestas que indican eventos de violencia sexual cuando las/os obligan a casarse:

- ⊖ *“Estar embarazada, abortar el bebé, terminar mal, no tienen un techo donde vivir”.*
- ⊖ *“Salir embarazada y que el embarazo sea no deseado ya que eso los lleva a abortar”.*
- ⊖ *“El sida o quedarse sin pene en el caso de los hombres o también provocar una enfermedad”.*
- ⊖ *“Tienen hijos o se tienen que casar porque las obligan y pues aunque no se amen...”*

Las respuestas y resultados, a las dos preguntas cerradas están representadas en el Cuadro 2.1

CUADRO 2.1

¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
Verdadero	Falso	No Se	Verdadero	Falso	No Se
18	35	15	58	6	4
68 participantes			68 participantes		

18 de las y los participantes, consideran que el impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones, fomentará que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales; sin embargo, predominó el conocimiento e información que tienen 35 jóvenes de que esto es una *falsa* idea.

Sobre la efectividad de los condones para evitar embarazos no deseados, predominó la comprensión y el discernimiento de que es verdadera la efectividad de los condones para evitar embarazos no deseados, al responder de esta manera 58 de las 68 personas participantes.

También hay que revisar, que el total de las 19 personas que respondieron indistintamente a ambas preguntas con un 'No sé', representa un número importante desde la perspectiva de reconocer su honestidad, pudiendo responder en este sentido porque posiblemente la pregunta, haya sido incomprensible o confusa; pero más aun, habría que considerarlo, desde la perspectiva de ser un número importante de jóvenes desinformadas/os, que desconocen e ignoran información, sobre temas decisivos en su vida sexual y reproductiva. Hay que tener presente y reconocer además, una realidad innegable, entre la información que tienen las y

los jóvenes participantes en el DCP, o que dicen tener las personas en general; y las actitudes y prácticas de estas mismas; hay vacíos, incongruencias, contradicciones, sobre todo cuando se trata de temas como lo son, las prácticas sexuales.

Resultados alcanzados sobre:

B. VIH-SIDA³⁶

La principal vía de transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual, (antes llamadas enfermedades de transmisión sexual) incluido el VIH; es principalmente a través de la vía sexual, razón principal por la que se les denomina de esa manera. Existen 3 formas de adquirir el VIH (Secretaría de Salud, 2008:75):

1. Vía sexual, es decir, por contacto sexual no protegido.
2. Vía sanguínea (transfusiones de sangre y/o plaquetas, trasplante de órganos, o compartir jeringas contaminadas, y,
3. Vía perinatal (situación en que la mujer embarazada portadora del virus, puede transmitirlo al bebé durante el embarazo, parto o lactancia) (Ibídem: 16).

Para revisar entre las/os estudiantes participantes en la EA-A, el tema del VIH; se formularon dos preguntas:

- ¿El VIH cómo se transmite? y
- ¿El VIH cómo se previene?

Revisemos las respuestas completas y exactas de las/los estudiantes, a la pregunta ¿cómo se transmite el VIH?:

³⁶ Definición de la sigla VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana.
Definición de la sigla SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/terminologia_redaccion_unesco.pdf (Consulta realizada: abril 2015)

- ⊖ *“Teniendo relaciones sexuales sin protección”.*
- ⊖ *“A travez de relaciones sexuales (sexo) a travez de una transfusión de sangre y a travez de la leche materna cuando una mamá que tiene VIH le puede contagiar a su bebé cuando lo esta amamantando”.*
- ⊖ *“Teniendo relaciones sexuales con una persona que es portadora del VIH y no protegerte”.*
- ⊖ *“A través de relaciones sexuales y sin usar protección o por la persona con la que ya lo isiste estaba infectada y se te transmite”.*
- ⊖ *“Teniendo relaciones sexuales sin condón o con mujeres prostitutas que ya están contagiadas...”.*

Como se puede apreciar, las respuestas arriba anotadas tienen la claridad de que el VIH se transmite por relaciones sexuales sin usar condón; aunque también, hay que anotar que algunas respuestas denotan algún nivel de confusión, o juicios de valor por ejemplo: *“...con mujeres prostitutas que ya están contagiadas...”*

Sobre las respuestas vagas, inexactas, a *¿cómo se transmite el VIH?*, se anotan las siguientes percepciones e información que tienen las/os estudiantes participantes:

- ⊖ *“Por medio de transmisión sexual...”*
- ⊖ *“De muchas maneras...”*
- ⊖ *“A través del contacto sexual...”*
- ⊖ *“Se transmite por tener relaciones con alguna persona infectada...”*
- ⊖ *“Cuando un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales sin un método anticonceptivo...”*

A la pregunta *¿cómo se previene el VIH?*, si hubo respuestas exactas, completas y precisas; aunque no representan un número importante:

- ⊖ *“Con un condón”,*
- ⊖ *“Usando condón a la hora de tener relaciones sexuales”,*
- ⊖ *“Utilizando el condón porque es el efectivo para eso... se puede decir que es el más confiable...”.*

Las respuestas a *¿cómo se previene el VIH?* que denotan inexactitudes, confusión y desinformación fueron las más numerosas y recargadas de mitos:

- ⊖ “...No se puede prevenir...”
- ⊖ “...con el uso de preservativos como los parches, condones, pastillas, inyecciones, etc.”
- ⊖ “...Cuidar de que cuando alguien sangre tu no la toquez ya que puede estar contaminada”
- ⊖ “Con los tratamientos adecuados y teniendo una salud sana...”
- ⊖ “En la sanguínea no existe el cómo se puede prevenir pero en la genito sexual con la utilización del condón o con la simple abstinencia”
- ⊖ “Cuidándonos usando preservativos y no tener sexo con una desconocida que te diga si quieres tener relaciones”
- ⊖ “Tomando terapias u otras cosas”.

Hubo una persona que no contestó a esta pregunta y una persona contestó con un “No sé”, haciendo honor a la verdad y contradictoria pero favorablemente (para ella/el), sí supo el orden de los pasos para usar el condón.

Se incluyó además para la revisión de este componente, un ejercicio, es decir, un simulacro sobre el *uso del condón*. La columna derecha de este ejercicio enlistó de manera desordenada los pasos a seguir para el uso del condón y, en la columna de la izquierda, cada participante tenía que poner ordenadamente los pasos a seguir, utilizando los números del 1 al 7.

Se aclara que se consideraron acertadas las respuestas ordenadas, con al menos 3 (de 7) de los pasos a seguir para usar correctamente el condón. Los tres/cuatro primeros pasos son determinantes para el uso correcto del condón. El orden de los pasos para el uso correcto del condón y prevención de VIH, prevención de ITS y prevención de embarazos es el siguiente:

1. Verificar la fecha de caducidad.
2. Abrir el empaque por la parte de las “muescas” y sacar el condón.
3. Verificar para que lado se desenrolla correctamente.
4. Colocarlo sobre la base del pene erecto, desenrollando el condón hasta la pared del pene.
5. Presionar con las yemas de los dedos el receptáculo del condón.
6. Después de eyacular y antes de que deje de estar erecto, sujeta y retira el condón desde la base del pene.
7. Retirar el condón y tirar a la basura.

En el cuadro 2.2 se presentan los resultados de este ejercicio.

CUADRO 2.2

Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.			
MUJERES		HOMBRES	
Contestaron correctamente	Contestaron de manera incorrecta	Contestaron correctamente	Contestaron de manera incorrecta
19	9	32	8
68 participantes			

Estudiantes de ambos sexos contestaron acertadamente el total de los pasos a seguir en el uso correcto del condón; la mayoría contestó acertadamente los 3 y hasta 4 primeros pasos; y, 17 de un total de 68 personas, tuvieron menos de 3 aciertos.

Los datos presentados en el Cuadro 2.2, son significativos, pues las mujeres y los hombres adolescentes y jóvenes, representan el grupo con el más rápido crecimiento (después de los hombres que tienen sexo con hombres 'HSH'), pero más aun, hay que tener presente la coexistencia hoy en día, de esta combinada epidemia de Violencia y VIH, en la que mujeres adolescentes y jóvenes que después de un abuso sexual³⁷ o violación, adquirieron alguna ITS (Secretaría de Salud, 2006).

³⁷ Una/un estudiante, en la técnica de "Buzón de preguntas", formuló una pregunta respecto a cómo prevenir el embarazo en el *abuso sexual*. Cabe aclarar que, aunque la pregunta no está directamente relacionada con el interés por conocer sobre las consecuencias de contraer VIH en un evento de este tipo, si es importante destacar, que identifican y reconocen el problema de abuso sexual o violación. En otra respuesta, sobre el tema de *embarazo no deseado*, otra/o estudiante, aborda el tema de violación, al responder "... en este caso la mujer pudo haber sido violada".

Resultados alcanzados sobre:

C. Infecciones de Transmisión Sexual³⁸

Para revisar este componente, se elaboraron cuatro preguntas, tres de ellas de respuesta cerrada (Falso, Verdadero, No sé):

Estas son las preguntas que se elaboraron:

- ITS³⁹ de las que has escuchado información.
- Las ITS son curables.
- Efectividad de los condones para evitar las ITS.
- Efectividad de los condones para evitar la transmisión del VIH.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

38 personas dicen haber escuchado información sobre sífilis, 44 han escuchado información sobre gonorrea, 12 han escuchado información sobre tricomas, 38 han escuchado información sobre hepatitis y 5 han escuchado información sobre clamidia.

En el cuadro 2.3 se presentan los resultados obtenidos a las 3 preguntas restantes. Hay que destacar que es elevado e importante el número de personas que consideran que es verdad, que los condones son efectivos para evitar ITS y evitar la transmisión del VIH.

³⁸ Las ITS más frecuentes son: Condilomas (VPH), Sífilis, Gonorrea, Herpes Genital, Clamidirosis, Tricomoniasis y Sífilis, información del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y Sida. (www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/its.html).

³⁹ Por omisión, en el cuerpo del formato de la EA-A faltó agregar A o B, a la ITS Hepatitis, sin embargo un total de 38 personas dijeron tener información de ésta.

CUADRO 2.3

¿En la actualidad todas las ITS son curables?			¿Los condones son efectivos para evitar las ITS?			¿Los condones son efectivos para evitar la transmisión del VIH?		
Verdadero	Falso	No Se	Verdadero	Falso	No Se	Verdadero	Falso	No Se
17	39	12	55	9	4	55	8	5
68 participantes			68 participantes			68 participantes		

Se presentan los resultados alcanzados sobre:

D. Unión de pareja e inicio de la vida sexual

Se formularon cuatro preguntas en la EA-A:

- ¿Entre las mujeres jóvenes de tú comunidad, cuál es la edad para que inicien su vida sexual?
- ¿Y cuál es la edad ideal para que los hombres jóvenes de tú comunidad inicien su vida sexual?
- ¿Cuál es la edad ideal para que las mujeres de tú comunidad vivan una relación de pareja, (ya sea en unión libre o casadas)?
- ¿Cuál es la edad ideal para que los hombres vivan una relación de pareja, (ya sea en unión libre o casados)?

Estas son las opiniones y respuestas de las/los participantes:

- La percepción entre las estudiantes participantes, es que las mujeres de su comunidad pueden iniciar su vida sexual entre 12 y 26 años; y, los hombres pueden iniciar su vida sexual entre los 12 y 27.

- La percepción y opinión de los estudiantes participantes, es que las mujeres de su comunidad pueden iniciar su vida sexual entre los 13 y 25 años; y los hombres pueden iniciar su vida sexual entre los 13 y los 30.
- Respecto al inicio de su vida en pareja, las estudiantes opinaron que las mujeres en comunidad pueden iniciar su vida en pareja, ya sea casadas o en unión libre alrededor de los 19 y hasta los 29 años; los hombres (opinan las mismas mujeres), pueden iniciar su vida en pareja de los 18 a los 29.
- Los hombres, respondieron que las mujeres pueden iniciar su vida en pareja a partir de los 17 y hasta los 30; y en el caso de los hombres de los 15 a los 35 años.

El dato más importante está en el rango que anotaron tanto mujeres como hombres, en lo que se refiere al inicio de la vida sexual; las mujeres dicen a los *12 años*, los hombres por su parte, opinan que es a los *13 años*.

Otro tipo de respuestas fueron:

- *“No hay edad”*,
- *“... depende de sus decisiones”*,
- *“Pues creo que cuando se gusten”*,
- *“Depende de sus necesidades de pareja”*,
- *“La verdad no sé...”*, *“depende mucho de su edad”*;

Hubo dos personas que no contestaron y la respuesta de una persona más, fue: *“No sé”*.

Dos eventos son definitorios en adolescentes y jóvenes; la madurez reproductiva y el interés del inicio de la actividad sexual. Una constante en estos inicios de la vida sexual, *es que en muchos de los casos son inicios sexuales clandestinos y arriesgados*.

Resultados alcanzados sobre:

E. Embarazos no deseados

Para revisar el tema de ‘Embarazos no Deseados’, las y los participantes realizaron dos ejercicios.

El primer ejercicio, consistió en resolver y responder un esquema⁴⁰ con dos columnas. La primera presentaba una lista de métodos anticonceptivos, se indicó “palomear” en la segunda columna, los métodos de los que tuvieran información completa. El cuadro 2.4 presenta los resultados obtenidos del primer ejercicio.

CUADRO 2.4

Información sobre Métodos anticonceptivos	De mayor a menor nivel de información	
Condón	62	De las 68 personas participantes: 62 personas conocen el condón. De 28 mujeres: 1 persona no contestó la pregunta 27 dicen conocer y tener información completa del condón. De 40 hombres: 1 persona no contestó. 35 dicen conocer y tener información completa del condón, 4 personas contestaron no conocer o tener información completa.
Pastillas Anticonceptivas	57	
Vasectomía	40	
Diu	38	
Salpingo	33	
Inyecciones	32	
Coito Interrumpido	16	
Otro	0	

Se aprecia en el Cuadro 2.4, que el método más identificado por las y los estudiantes participantes es el condón, en segundo lugar las pastillas anticonceptivas y en tercer lugar, la vasectomía.

Sólo una de las 28 mujeres participantes, no contestó y 27 mujeres dicen conocer y tener información completa del condón. De 40 hombres, 35 dicen conocer el condón, tener

⁴⁰ El esquema está incorporado en el formato de la EA-A.

información completa; 4 afirmaron no conocerlo y una persona no contestó; del total de los 40 hombres participantes, uno contestó conocer todos los métodos anticonceptivos enlistados en el ejercicio.

De las respuestas obtenidas, es mínimo el número que se pueden considerar veraces, si se tiene presente que el ejercicio pide tener información completa y clara sobre métodos anticonceptivos. Respuestas veraces obtenidas, son las de las cuatro personas (hombres), que contestaron “No conocer o tener información completa sobre el condón”; también, aquellas que sólo “palomearon”: pastillas y condón.

Un segundo ejercicio para revisar sobre Embarazos no Deseados, fue el resolver dos preguntas abiertas.

Revisemos las respuestas, a las preguntas:

- ¿Qué significa para ti un “Embarazo no Deseado”?,
- ¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados, en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?

Hay que destacar que, un amplio número de respuestas tienen la claridad y certeza de que un Embarazo no Deseado, es un acto, resultado de no haberse protegido con condón; otras respuestas agregan que es un descuido, que significa interrumpir a temprana edad sus planes, su interés y será una gran responsabilidad, enfrentar la llegada de un bebé.

Llama también la atención, las reflexiones diferentes entre mujeres y hombres, y el significado que dan a un embarazo no deseado consecuencia de una violación. Se presentan a continuación, algunos fragmentos de las respuestas y participaciones de las y los estudiantes:

¿Qué significa para ti un Embarazo no Deseado?:

- *“... como joven te tienes que salir de la escuela,...te tienes que hacer cargo tú como mamá, si tus papás no te apoyan dejar tus estudios para ponerse a trabajar...”*

- ⊖ *“Cuando tienen relaciones sexuales sin responsabilidad y sin protección”,*
- ⊖ *“... ambos no saben cómo hacerse responsables...”*,
- ⊖ *“Cuando una mujer queda embarazada pero no quiere que nazca su bebé porque destruiría su vida”,*
- ⊖ *“La pareja después de concebir una relación genitosexual queda embarazada la mujer sin haberlo planeado o por un descuido de ambas partes, tanto del hombre como de la mujer”,*
- ⊖ *“El tener un bebé a una edad muy temprana”,*
- ⊖ *“Cuando ocurre una violación o cuando tienen sexo sin protección pero no esperaban que la mujer quedará embarazada o cuando el condón se rompe”,*
- ⊖ *“Que la persona en este caso la mujer pudo haber sido violada”*
- ⊖ *“... implica mucha responsabilidad, no puedes salir pierdes privilegios y en algunas ocasiones estas frustrada y no puedes continuar con tus estudios”,*
- ⊖ *“Es cuando tienes relaciones sexuales y cuando tu pareja y tú no se cuidan y se da el embarazo no deseado porque no lo planearon”,*
- ⊖ *“Que 2 personas no se ayan cuidado y sale la chica embarazada, pero ellos no se lo esperaban, y no saber qué hacer con su embarazo”,*
- ⊖ *“... nosotros que somos adolescentes tenemos relaciones sin tener la información necesaria para que no tengamos embarazos no deseado”,*
- ⊖ *“... significa que mi vida ya la perjudique, pero a la vez es bueno porque tienes la responsabilidad de ser mamá pero no a una edad que no quieres, traer al mundo a un ser humano es bueno, pero también te perjudicas tú, tienes una gran responsabilidad de ser madre y padre porque cuidar un hijo a temprana edad no es fácil al tener un hijo es mucha responsabilidad”,*
- ⊖ *“... es cuando la pareja no está preparada para tener la responsabilidad de tener un hijo”,*
- ⊖ *“Es cuando una chava tiene relaciones sin protección o es violada y se embaraza”,*
- ⊖ *“Cuando tienen relaciones sexuales sin responsabilidad y no se protegen”.*

Sobre las sugerencias que hacen las y los participantes, son, principalmente usar el condón para protegerse y no embarazarse sin haberlo deseado o planeado. De igual forma, hay respuestas más completas que incorporan sugerencias sobre actividades y acciones concretas a realizar sobre recibir información; hay quienes sugieren la interrupción del embarazo, o la abstinencia. A continuación se citan algunas de las respuestas:

- ⊖ *“Cuando tengan relaciones que se cuiden y usen métodos anticonceptivos”,*

- ⊖ *“Abstenerse de tener relaciones sexuales”,*
- ⊖ *“Dar platicas sobre cómo prevenir las lts o el embarazo no deseado”,*
- ⊖ *“Usar preservativo”*
- ⊖ *“Estar bien informados, acudir a un centro de salud para saber qué métodos anticonceptivos te pueden servir”,*
- ⊖ *“... usen protección para no estarse lamentando después”,*
- ⊖ *“... dar platicas sobre qué podría pasar si se utilizan los condones o algún otro método en las relaciones sexuales”,*
- ⊖ *“Que planifiquen bien su vida sexual”,*
- ⊖ *“Que se pueda interrumpir el embarazo”,*
- ⊖ *“... más que nada, repartiéndoles información sobre el tema para que estén prevenidos y explicar paso a paso como va el procedimiento y a qué edad lo pueden hacer”,*
- ⊖ *“... que usen protección”,*
- ⊖ *“... mi sugerencia sería que haya campañas para dar información a los chicos facilidades en el centro de salud los anticonceptivos que el más seguro es el condón”,*
- ⊖ *“... pues para mi es de que se protejan bien ambos”.*
- ⊖ *“... hacer un debate o alguna conferencia sobre el embarazo no deseado y que si no quieren quedar embarazadas que se cuiden o usen medicamentos para prevenir el embarazo”,*
- ⊖ *“... el informar a los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos que existen para que no existan los embarazos no deseados”*

Se encontraron amplias exposiciones⁴¹, más aun; son respuestas que indican que hay personas que tienen la claridad, de que el condón previene de embarazos no deseados, pero sobre todo, se enfatiza, tienen la claridad de que lo que se necesita es *“... informar a los jóvenes..”*.

Se presentan resultados sobre:

F. Maternidad en soltería

Sobre este tema se formularon tres preguntas:

⁴¹ Véase capítulo de Anexos.

- ¿Qué pasa con las jóvenes que son madres solteras?, ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan? y,
- ¿Qué pasa o qué hacen los jóvenes de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente”?

Dos respuestas de las y los participantes, resumen el sentir, lo que representa y el significado de los obstáculos y limitaciones de las jóvenes mujeres madres solteras de las comunidades indígenas:

- *“Una mujer cuando es madre soltera tiene muchos obstáculos para su vida: 1. Son muy pocas las posibilidades para salir adelante, 2. Creen que están solas, 3. No consiguen un buen trabajo, 4. La economía”,*
- *“Que no tienen con que mantener a su niño que es difícil que les den trabajo porque son menores de edad y no hay muchas oportunidades para ellas”*

Un dato más: la totalidad de las 68 personas participantes, aportaron respuestas para saber ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan las jóvenes que son madres solteras?; no ocurrió lo mismo con la pregunta realizada: ¿qué pasa o qué hacen los jóvenes de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad?. En este caso, 2 personas contestaron con un “No se” y 3 personas no contestaron.

Revisemos otras respuestas respecto a lo que tienen que enfrentar, las jóvenes mujeres madres solteras de estos barrios y localidades.

Respuestas en torno al hecho de que las mujeres jóvenes madres solteras, tienen que trabajar:

- *“Tienen que trabajar para mantener al bebé”,*
- *“Tenerlo y después trabajar”,*
- *“Tiene que ver cómo sacar adelante a su hijo y cómo alimentarlo y tiene que salir a trabajar para sobrellevar los gastos del hijo”*
- *“Pues atender a sus hijos y salir a trabajar”*
- *“Tendrán que trabajar para sacar a sus hijos adelante”*
- *“... tienen que conseguir un trabajo”*

- ⊖ *“Sacar adelante a sus hijos y trabajar para darles de comer”*
- ⊖ *“Pues se enfrentan a diferentes situaciones como mantener a sus hijos y trabajar muy duro”*
- ⊖ *“Trabajar y dejar a sus hijos con sus familiares para cuidarlos y ellas pues irse a trabaja”*
- ⊖ *“La primera es enfrentar el embarazo sola la segunda es aserse cargo del niño por completo para toda la vida y no puedes trabajar”*
- ⊖ *“Trabajar y tener que mantener a sus hijos para sacarlos adelante”*
- ⊖ *“Pues tienen que ir a trabajar para mantenerlo que los padres te regañan que tu novio no quiera tenerlo y no hacerse cargo del niño”*
- ⊖ *“Que después de que nace su bebé las madres se dedican a trabajar con mucho esfuerzo para sacar a sus hijos adelante”*

Respuestas en torno a que las mujeres jóvenes madres solteras, no pueden trabajar:

- ⊖ *“... no tienen con quien dejar a sus hijos para que ellas puedan trabajar, que no tienen facilidades de dinero”,*
- ⊖ *“Que no pueden ir a trabajar para el bienestar de sus hijos. No tienen mucho apoyo*
- ⊖ *“1. Que ya tienen una responsabilidad más, 2. Ya no pueden trabajar, 3. Es más difícil la vida”*
- ⊖ *“Una de ellas es que no pueden trabajar por el bebé que tuvieron”*
- ⊖ *“Ya no siguen estudiando y no trabajan y sus padres son las que las mantienen”*
- ⊖ *“No poder trabajar y no tener ayuda”.*

Las siguientes son respuestas respecto a ¿cómo enfrentan las mujeres jóvenes madres solteras los cuidados y descuidos en la crianza de sus bebés y pequeños hijos/os?:

Cuidados y crianza de las/los bebés y pequeños:

- ⊖ *“Solamente mantener a un bebé y ser más responsables sacar adelante a su hijo”*

Descuidos en la crianza de las/los bebés y pequeños:

- ⊖ *“Lo descuidan mucho tiempo. En ocasiones no hay quien se los cuide”*
- ⊖ *“Dejan a sus niños a personas que probablemente no lo cuiden bien. Que le pase algo a su niño. Que se enferme el bebé”*
- ⊖ *“... asta a veces dejan de cuidar al niño lo encargan con la abuela”*

Abundaron también las respuestas sobre falta de apoyo familiar:

- ⊖ *“Pues al que su familia no las apolle a k no tengan en que trabajar,*
- ⊖ *“A sacar a sus hijos adelante solas que no tienen a nadie para que los apoye en sus vida,*
- ⊖ *“Los obstáculos es aprender a salir adelante con su hijo(a) sin ayuda de nadie. Poder darles una buena educación y el amor de un padre,*
- ⊖ *“Su familia muchas veces no las aceptan o los xavos les piden qua aborten,*
- ⊖ *“Que están solas y no tienen los suficientes recursos para sobresalir*
- ⊖ *“No poder trabajar y no tener ayuda,*
- ⊖ *“Solas mantener a un bebé ser más responsables sacar adelante a su hijo*
- ⊖ *“Tienen que dejar a sus hijos con sus mamás “familiares” para que puedan trabajar y salir adelante con sus hijos*

Particularmente sobre lo que tienen que enfrentar al no poder mantener a sus pequeños, se destacan las siguientes respuestas:

- ⊖ *“Los principales obstáculos serian no poder mantener al hijo o hija el sustento al no tener al padre de la hija se las ve duras al no poder darle todo al hijo,*
- ⊖ *“Los escasos recursos por que la madre no puede mantener a su hijo*

Otros obstáculos o limitaciones que tienen que enfrentar las jóvenes madres solteras, son:

- ⊖ *“A todos, ya que ya q al tener un hijo, tú te abstienes de muchas cosas como lo son: el salir a divertirte, el pensar solamente en ti, en pocas palabras en todo ya que existe una responsabilidad enorme”,*
- ⊖ *“Los privilegios de los que gozaban se acabaran. Se les agotaron las oportunidades. El apoyo de sus padres tal vez lo pierdan”,*
- ⊖ *“Que sus hijos no conozcan a sus padres que terminan solas y sin trabajo”*
- ⊖ *“Más que nada no tener un padre para sus hijos y tienen que trabajar mucho para poder mantenerlos hay muchas que se lo lamentan al igual hay personas que pueden solas sin la necesidad de estar con un hombre”,*
- ⊖ *“Que sus hijos no tengan un padre y que las tachen de locas”,*
- ⊖ *“Es una gran responsabilidad para ellas ya que tienen 2 papeles que enfrentar ser mamá y papá”,*
- ⊖ *“Pues se enfrentan a ser papá y mamá a la vez de salir a trabajar para darle de comer a su hijo”,*

- ⊖ *“No tener un salario para sacar a sus hijos adelante”*
- ⊖ *“Los obstáculos que pueden tener ellas es que las humillen por embarazarse tan jóvenes o también no tener apollos de sus padres limitaciones que pueden llegar es abandonar a sus niños o también darlos en adopción”,*
- ⊖ *“El cómo mantener a su hijo no poder descuidar a su hijo limitarse a la hora de salir se le cierran las oportunidades”.*

Respuesta ante el escenario, en las que las jóvenes madres solteras estaban o están estudiando y a lo que se tienen que enfrentar:

- ⊖ *“... y bueno si la maternidad se da cuando una jovencita está estudiando pues tiene que dejar de estudiar para dedicarse a su bebé”,*
- ⊖ *“En mi casa tengo una prima que es madre soltera y el primer obstáculo que ha tenido es que debido al embarazo tuvo que abandonar la escuela y ahora no puede salir porque todo el tiempo está cuidando a su hijo”,*
- ⊖ *“Pues dejan sus estudios y se ponen a trabajar porque los hombres no se quieren hacer cargo de ellas”,*
- ⊖ *“Ya no siguen estudiando y no trabajan y sus padres son las que las mantienen”.*

Las respuestas, son reflejo real de que, el embarazo temprano y la maternidad en soltería, de las adolescentes y jóvenes están asociados a situaciones de menos ventajas, en cuanto a condiciones materiales de bienestar, es decir, su origen, estrato socioeconómico, el de su familia y contexto familiar en que han crecido, serán obstáculos en su desarrollo.

Se revisan a continuación las respuestas más representativas a la pregunta formulada: ¿qué pasa o qué hacen los jóvenes de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad?

- ⊖ *“Se deslindan de grandes responsabilidades que por su irresponsabilidad o tal vez por falta de información ocasionaron”,*
- ⊖ *“Pues andan por el mundo como si nada”,*
- ⊖ *“Pues no sobrellevan los gastos del hijo y no se preocupan de nada”,*
- ⊖ *“Pues se van y no vuelven a regresar para evadir las responsabilidades”,*
- ⊖ *“Se buscan a otra mujer o simplemente se van y ya no regresan”,*
- ⊖ *“Huyen porque no quieren hacerse cargo de los hijos,*

- ⊖ *...simplemente te dicen no te conozco ni se quien eres y ese hijo no es mio pues como te metiste conmigo te pudiste meter con otro”*
- ⊖ *“1. Se van por un tiempo a trabajar, 2. Dicen que de ellos no es el bebé, 3. No les importa si el bebé vive o no”,*
- ⊖ *“Se convierten en unos irresponsables y unos malos ejemplos de paternidad”,*
- ⊖ *“Nada porque para ellos no les perjudica”,*
- ⊖ *“Se siente los muy hombrecitos al decir que tienen un hijo pero no se hacen cargo de ellos”,*
- ⊖ *“... siguen asi hasta dejar hijos por todos lados”,*
- ⊖ *“No tienen la suficiente responsabilidad para aserse cargo de su hijo y de su pareja”,*
- ⊖ *“Pues se van de su casa para que no les agan nada malo...algunos se van lejos o con sus familiares”,*
- ⊖ *“Los jóvenes de mi comunidad evaden ese derecho porque cuando la chica les dice que está embarazada el joven le contesta que ese niño puede ser de cualquier otro y no se asen cargo del hijo”,*
- ⊖ *“Dejan que la madre sea la que se haga responsable del bebé y que sea madre y padre al mismo tiempo”,*
- ⊖ *“Se van y no regresan. Nada más les dicen que se van a ir a trabajar pero no vuelven a regresar. Cuando regresan las chicas ya formaron su vida con su esfuerzo propio”,*

Las siguientes respuestas, reflexionan sobre situaciones en que los jóvenes padres evasores, pueden ser obligados a responsabilizarse, o bien parar en la cárcel, o ser castigados de manera extrema:

- ⊖ *“Pues los obligan a casarse a hacerse responsable”,*
- ⊖ *“Los padres de la chica los obligan a casarse porque creen que es la única solución”,*
- ⊖ *“Pues algunas mujeres los demandan para que se agan cargo del hijo y en otras pues no hacen caso y no se acen cargo de el bebé y pues la madre lo tiene que cuidar”*
- ⊖ *“Los pueden matar por no hacerse cargo de su hijo. Son mediocres. No son hombres responsables. Son personas violentas”*
- ⊖ *“Algunas las demandan”,*
- ⊖ *“A ellos no les importa nada si sufren o no sus hijos y para ellos es como un juego gracioso que por último terminan en la cárcel por no darles atención que se merecen”,*
- ⊖ *“Pues se van de su casa para que no les hagan nada malo”,*
- ⊖ *“Cuando son encontrados los meten a la cárcel por evadir su responsabilidad”,*
- ⊖ *“Son castigados por abandono familiar”,*
- ⊖ *“Algunos padres buscan a los jóvenes para que se hagan cargo de su responsabilidad”.*

Solo una respuesta estuvo relacionada con la deserción de estudios de los jóvenes padres ante un embarazo no planeado:

- *“Dejan los estudios para trabajar y mantener al bebé”.*

Otras respuestas, que incluso consideran la interrupción del embarazo:

- *“En parte huir es cobardía porque yo soy hombre y tengo una hermana y el que huye es un cobarde porque te pierdes la oportunidad de conocerlo y de ver crecer a un hijo”,*
- *“Que el novio dice a veces que lo debe de abortar o que lo tengan sin su presencia y el chao deja a la novia y dice que ya no quiere saber nada de ella y que nunca la quiso que sólo fue un pasatiempo”*
- *“... la verdad no e visto un caso así”,*
- *“Dejar a las mujeres que cuiden solas a sus hijos”,*
- *“Se esconden o solamente no lo quieren aceptar”.*

En esta parte final de presentación de resultados y de la EA-A, se puede señalar, que también hay circunstancias y situaciones, en las que, las y los jóvenes actúan de manera irresponsable, sin prevenir, esto es una realidad; luego se lamentan, o desaparecen en el caso de los jóvenes, evadiendo la responsabilidad de su paternidad; también es real, por otra parte, el exceso de demagogia en los discursos de funcionarios e instituciones de este país, como lo refiere la siguiente cita: “La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes constituye una prioridad de salud pública tanto nacional como internacional” (Secretaria de Salud, 2008:9). Sin embargo, la realidad contradice los discursos.

La EA-A, cumplió su cometido, siendo una herramienta importante del DCP, facilitó que la comunidad estudiantil participara para conocer el sentir de cada una/o, conocer sus argumentos, discursos y el acontecer de lo que les sucede cotidianamente, en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere. Las y los participantes ayudaron de manera directa en la realización de la entrevista y, sus discursos hablados o escritos, están incorporados en los resultados que aquí se presentan.

Durante la tercera, cuarta y quinta etapa del DCP, se realizaron las tres técnicas participativas restantes. Los resultados se presentan a continuación:

Ficha de Identificación de Necesidades⁴²

3ª etapa del DCP.

Para la realización de esta técnica, se distribuyeron y entregaron a las y los estudiantes el formato que incluía las indicaciones a seguir, es decir, marcar con el número 1 al tema de mayor interés y del 2 al 5 a los de menor interés; se les pidió responder de manera individual y anónima.

La ficha de identificación de necesidades, arrojó los siguientes resultados:

52 Personas, siguieron la indicación “Marca con el número 1 al tema de mayor interés para ti y del 2 al 5 a los de menor interés”; 8 personas contestaron, marcando la numeración del 1 al 12, según sus necesidades, lo que se hizo en estos casos, fue considerar solamente las respuestas marcadas del 1 al 5; 7 personas contestaron de manera incorrecta sin seguir la indicación. A continuación se presentan dos esquemas:

⁴² El Formato empleado para la realización del ejercicio, está incorporado en el capítulo de *Anexos*. La aplicación de ésta técnica fue realizada durante octubre del 2013.

- El primer esquema, concentra la información proporcionada por las y los participantes:

Temas de interés y necesidad de tener información	RESULTADOS					TOTALES
	Marcaron como No. 1	Marcaron como No. 2	Marcaron como No. 3	Marcaron como No. 4	Marcaron como No. 5	
Sexualidad.	24	6	3	2	8	43
Prevención de Violencia sexual	2	3	7	5	5	22
Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos	2	2	6	1	2	13
Prevención de embarazo en adolescentes.	6	9	5	9	4	33
Prevención de VIH – Sida	10	10	5	8	5	38
Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	5	7	3	4	7	26
Métodos anticonceptivos.	2	4	15	8	6	35
Diversidad sexual (Heterosexualidad, Homosexualidad y lesbianismo)	0	1	4	3	3	11
Interrupción del Embarazo	2	2	2	10	3	19
Sexo seguro y sexo protegido	5	7	4	8	5	29
Uso correcto del condón.	0	7	3	0	2	12
Paternidad y maternidad responsable.	2	2	3	2	10	19
Personas Participantes	60	60	60	60	60	

Como se puede apreciar, sexualidad, prevención de VIH-Sida y métodos anticonceptivos, ocuparon los tres primeros lugares en el ranking de temas de interés y necesidad de tener información de las y los jóvenes estudiantes participantes.

- El segundo esquema, ordena de mayor a menor, los temas de interés y necesidades de las y los estudiantes:

Temas de interés y necesidad de tener información DE MAYOR A MENOR INTERÉS	TOTALES
Sexualidad.	43
Prevención de VIH – Sida	38
Métodos anticonceptivos.	35
Prevención de embarazo en adolescentes.	33
Sexo seguro y sexo protegido	29
Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	26
Prevención de Violencia sexual	22
Interrupción del Embarazo	19
Paternidad y maternidad responsable.	19
Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos	13
Uso correcto del condón.	12
Diversidad sexual (Heterosexualidad, Homosexualidad y lesbianismo)	11

La *Educación Sexual*, retarda el inicio de la vida sexual, reduce el sexo sin protección e incrementa el uso de métodos anticonceptivos. Dice Amuchástegui a éste respecto, (2002: 137–138) que la iniciación sexual es una de las prácticas cruciales y significativas, en el proceso de convertirse en adulto en diversas sociedades y culturas. La primera relación sexual es una de las experiencias más importantes, que interviene en la constitución de sujetos de sexualidad y, de sus futuras prácticas sexuales. Los significados que se le atribuyen y las maneras en que tal evento tiene lugar en una cultura determinada, son un ejemplo y una expresión del tipo de valores y creencias, asignadas a la sexualidad por una sociedad en particular.

Buzón de Preguntas⁴³.

4ª Etapa del DCP.

El procedimiento para esquematizar y presentar los resultados de esta técnica, es el siguiente: las preguntas se agruparon por bloque. En algunos casos, las y los estudiantes, formularon la pregunta en el mismo sentido y esta se repetía hasta por 20 ocasiones, de manera que se decidió eliminar las preguntas frecuentes y repetidas. En algunos casos, las preguntas formuladas relacionan más de dos o tres componentes revisados.

Resultados del Buzón de Preguntas:

CONDON

1	¿Cómo se utiliza un condón?
2	¿De qué está hecho un condón?
3	¿Por qué se rompen los condones?
4	¿Qué tan efectivos son los condones?
5	¿Cómo se utiliza el condón femenino?
6	¿Qué enfermedad debo de tener si no me cuido y no utilizo condón?

VIH – SIDA

1	¿Qué es el sida?
2	¿Qué riesgos tiene una persona con VIH-Sida?
3	¿Mediante el sexo oral se transmite el VIH?
4	¿Qué pasa si una persona con VIH tiene relaciones sexuales con otra que también tiene VIH?
5	¿Cuáles son las enfermedades que te puede causar una persona que está infectada con un virus?
6	¿Qué MA previenen el VIH?

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

1	¿Xke ⁴⁴ hay infecciones sexuales?
2	¿Qué son las ETS ?
3	¿En que fuentes de información encontramos temas acerca de cómo prevenir las ETS?
4	¿Cuántas ETS hay?
5	¿Cómo prevenir las ETS?
6	¿Qué ETS pueden curarse?
7	¿Cuál es la ETS más común?
8	¿Qué efectos secundarios tienen las ETS?
9	¿Si tienes una infección se podría contagiar al otro teniendo relaciones sexuales?
10	¿Qué consecuencias tienen las ITS?

⁴³ La aplicación de ésta técnica fue realizada durante octubre del 2013.

⁴⁴ Sic

PREVENCION DE EMBARAZO

1	¿Cómo puedo ayudarme a mí y a ella sin correr el riesgo de que se pueda envarazar ⁴⁵ ?
2	¿Cómo prevenir el embarazo en la adolescencia?
3	¿Qué consecuencias atrae ⁴⁶ un embarazo no deseado?
4	¿Qué es un embarazo no deseado?
5	¿Cómo prevenir el embarazo en el abuso sexual?
6	¿Qué consecuencias trae un embarazo?

METODOS ANTICONCEPTIVOS

1	¿Qué son los anticonceptivos?
2	¿Los implantes subdermicos protegen de las ETS y el VIH-Sida?
3	¿Cómo cuando debemos usar los implantes?
4	¿Cómo se realizan los implantes?
5	¿Cómo usar un MA?
6	¿Dónde podemos adquirir MA?
7	¿Cuál MA es más eficiente para no tener un embarazo no deseado?
8	¿Qué MA son más convenientes para no contraer una enfermedad o contraer un embarazo no deseado?
9	¿Qué tan efectivos son los condones y las pastillas anticonceptivas?
10	¿Qué efectos tienen en la mujer el utilizar demaciado ⁴⁷ las pastillas anticonceptivas?
11	¿Las pastillas del día siguiente cuánto cuestan?
12	¿Qué son las pastillas de emergencia?
13	¿Cuándo y cómo debo usar las pastillas de emergencia?
14	¿Dónde consigo las pastillas de emergencia?
15	¿Cómo se coloca el DIU?
16	¿Cómo puedes utilizar el DIU y en qué momento?
17	¿Cómo se utiliza el parche?

SOBRE BUSQUEDA DE INFORMACION

1	¿Dónde es el mejor lugar para recibir información más segura y concreta?
2	¿Dónde acudir para pedir información sobre ITS?
3	¿En dónde te dan información sobre sexualidad?
4	¿Cuáles son los lugares donde te pueden dar información?
5	¿Hoy en día los jóvenes sabremos cómo cuidarse?
6	¿Por qué es importante pedir información de la sexualidad ?
7	¿Por qué es necesario acudir a los centros de salud para informarnos sobre salud sexual?
8	¿Cómo adquirir una cultura de la prevención?
9	¿Qué causas o consecuencias se presentan a travez ⁴⁸ de del tiempo si no nos informamos del tema?

⁴⁵ Sic

⁴⁶ Sic

⁴⁷ Sic

⁴⁸ Sic

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1	¿Dónde podemos encontrar información adecuada sobre salud sexual?
2	¿Qué debes de hacer antes de tener relaciones sexuales?
3	¿Cómo me debo de cuidar al tener relaciones sexuales?
4	¿Al momento de tener relaciones sexuales pueden ocurrir problemas?
5	¿Es posible interrumpir un embarazo a los 6 meses de gestación?
6	¿Qué es tener una vida sexual activa?
7	¿Qué es para ti la sexualidad?
8	¿A los cuantos años empieza tu menstruación ⁴⁹ ?
9	¿Cada cuando es recomendable tener relaciones sexuales?
10	¿Cada cuando es recomendable tener relaciones sexuales sin correr el riesgo de embarazarse?
11	¿Por qué hay que tener una buena información sobre la vida reproductiva?
12	¿A qué edad es la indicada para tener relaciones sexuales?
13	¿Cómo deberías de tener una vida sexual?
14	¿Cómo puedes saver ⁵⁰ acerca de tú vida sexual?
15	¿Cómo tener relaciones sexuales?
16	¿A los cuantos años es adecuado empezar una vida sexual reproductiva?
17	¿Cómo se lleva a cabo la salud sexual y reproductiva?
18	¿Qué es un orgasmo?
19	¿Se pueden tener hijos después de haberte hecho la vasectomía?
20	¿Cuál es la probabilidad de quedar embarazada al no ser normal en tu periodo menstrual y que sea tu primera vez?
21	¿Qué pasa si una persona embarazada tiene relaciones sexuales?

PREGUNTAS GENERALES

1	¿Qué es el sexo opuesto?
2	¿Qué es salud?
3	¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en los adolescentes ?
4	¿El sexo podría ser una adicción?
5	¿Es una adicción el sexo?
6	¿Qué es la anorexia?
7	¿Qué es la vulimia ⁵¹ ?

Son asuntos de gran importancia que las y los jóvenes indígenas o no indígenas, hablen de lo de lo que necesitan, de lo que creen, de sus intereses, de sus saberes y de sus derechos, reivindicándose como sujetos de derechos, tomando decisiones libres y responsables. De

⁴⁹ Sic

⁵⁰ Sic

⁵¹ Sic

manera que sus reflexiones sean una construcción conjunta que tenga y de sentido a las acciones de planes y programas de las instituciones públicas.

Pero ¿De dónde han obtenido realmente las y los jóvenes participantes en el DCP la información que dicen saber sobre los temas revisados? ¿La información que tienen ellas y ellos es producto de pláticas, entre personas de su misma edad y de su mismo sexo?, ¿se da en el intercambio de información, con las personas con quienes tienen confianza? ¿Cuáles son los orígenes de la información sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva, con que cuentan las y los estudiantes participantes en el DCP?

Veamos los resultados sobre sus fuentes de información.

Mapa de servicios⁵².

5ª Etapa del DCP.

El procedimiento para la realización de la técnica fue el siguiente:

- Se distribuyeron hojas de rotafolio, plumones y maskin.
- Previa dinámica de integración de equipos⁵³, se formaron 10 grupos de 6 - 7 personas.
- En equipo de trabajo, tenían que intercambiar opiniones, identificar, ilustrar y dibujar, los espacios físicos o las fuentes a donde recurren para recibir información, sobre salud sexual y reproductiva.

El mapeo resultó exitoso, la mayoría de las y los jóvenes estudiantes se mostraron participativos, también hubo personas desinteresadas o que lo tomaron "juguetonamente"; pero en general se logró el objetivo principal de esta técnica: que las y los jóvenes manifestaran su conocimiento, respecto a las fuentes y espacios físicos u otras fuentes, con que cuentan y de donde obtienen información, en materia de salud sexual y reproductiva. Sus

⁵² Esta técnica fue realizada durante noviembre del 2013.

⁵³ Un comentario adicional sobre la realización de ésta técnica: al inicio de ella, un joven preguntó si se formaban para que se les diera y recibieran su dispensa. La 'cultura' partidista de repartir artículos y productos, ha permeado y es parte de la cosmovisión de estas generaciones, de gente joven, eso también han aprendido.

“papelotes” bien iluminados y con dibujos representativos en algunos casos, mencionaron las siguientes situaciones:

Espacios físicos:

Farmacia, Centro de Salud, Escuela (algunos anotaron que tienen una materia denominada “Salud Integral del Adolescente” que reciben cada dos meses, en otros hojas de rotafolio estaba anotado que tenían dicha clase dos veces por semana), Centro Comunitario de Salud, Clínica (sin especificar cuál), Centros religioso y DIF.

Otras fuentes de información: familia, mamá y papá.

Fuentes de información impresas: Revistas y libros.

Otras fuentes: Biblioteca, radio y web.

No mencionaron, ni aparece por ninguna parte de sus respuestas y participaciones, el asistir y/o tener a su alcance o acceso, los servicios de algún Centro de Atención Rural para Adolescentes (CARA), denominados así oficialmente y mencionados en el *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA)*, porque se pudo confirmar⁵⁴ también, que realmente esta figura y espacio físico y servicio no existe en sus comunidades.

Una breve reflexión general de este apartado, anticipada a las reflexiones finales: hace unas décadas era inimaginable que las personas jóvenes necesitaran servicios de salud sexual y reproductiva, pero también es una realidad actual, que hoy en día, esto sigue siendo igual, inimaginable entre individuos, familias y comunidades de regiones rurales e indígenas. Sin embargo, hay que entender que las mujeres y hombres de las nuevas generaciones indígenas, están cambiando en sus prácticas y comportamientos sexuales y reproductivos, así como otros procesos más que vive este grupo poblacional y que deben de atenderse.

⁵⁴ Se obtuvo esta información en entrevista con proveedoras/es de servicios educativos y de salud de esta zona.

Algunas conclusiones del DCP

El análisis de la reproducción humana se ha enriquecido buscando modelos comprensivos que den cuenta de ella, se está en una fase de “...desconstrucción de diferentes procesos subyacentes a la reproducción (...). Se ha vuelto más evidente la necesidad de recuperar la *heterogeneidad poblacional...*”⁵⁵ (Figuroa, 2001:12) y dentro de esta heterogeneidad y complejidad poblacional, hay que poner especial atención, revisar y atender el rezago e inequidad entre y de las personas indígenas, al ser las menos atendidas, las menos beneficiadas del desarrollo social y con mínimas posibilidades de acceder, a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva; y si bien se han visto cambios reproductivos entre esta población, la atención de sus prácticas sexuales y reproductivas de mujeres y hombres indígenas no están resueltas.

Este trabajo, enfrentó el reto de desarrollar y elaborar un trabajo *conjunto con estudiantes* de la Escuela Preparatoria Oficial No. 239, ubicado en la comunidad indígena de Mayorazgo, municipio de san Felipe del Progreso, en el estado de México, se crearon condiciones y se abrió un breve espacio, para darles voz y acercarse a sus necesidades reales sobre los temas y materias revisados. La generación de jóvenes considerada en este trabajo, nació entre 1996 - 1998, tenían entre 15 y 20 años al momento de efectuarse la investigación, y son las y los jóvenes que en sus comunidades, han tenido acceso a estudios de nivel medio superior⁵⁶ sin que esto signifique que más años escolares en su vida derive o estén reflejados en su mejoría o bienestar.

Se ha indagado ya en éste trabajo⁵⁷, cómo perciben la información que tienen y a la que tienen acceso sobre salud sexual y reproductiva, cómo perciben las relaciones sexuales sin protección, la prevención o no del VIH, ITS y los embarazos no deseados, la percepción que tienen sobre el inicio y ejercicio de su vida sexual y reproductiva, y, sus necesidades en estas

⁵⁵ La cursiva es mía.

⁵⁶ Las personas jóvenes nacidas en comunidades indígenas desde la década de los noventa, tienen acceso, con más o menos posibilidades a nivel bachillerato. Otros asuntos inherentes a este acceso, son los elevados niveles de deserción escolar, o el nivel de calidad educativa (de éste o cualquier nivel escolar). La Ley de acceso a bachillerato aprobada en 2011, obliga al Estado a garantizar el acceso a nivel medio superior, de manera que es obligatoria la enseñanza hasta este nivel educativo.

⁵⁷ A través de las técnicas participativas realizadas

materias; así como la atención y acceso o no, a servicios especializados. Los siguientes párrafos presentan conclusiones del DCP, estas se desarrollan en función de resaltar algunos cuestionamientos y reflexiones, sobre lo que es necesario hacer para ofrecer prevención del VIH, ITS, embarazos no deseados; así como promover conductas sexuales y reproductivas, saludables y responsables entre jóvenes que viven en comunidades indígenas. Hay, en el desarrollo de las conclusiones, vínculos estrechos entre los temas revisados, se entrecruzan y subsisten entre unos y otros.

Ya se revisó el panorama, entorno inmediato y cercano de las/los jóvenes estudiantes participantes: su estatus familiar, nombre de las localidades, barrios, o ranchería donde viven, así como los lugares donde medicamente se atienden. Particularmente sobre las respuestas de 64 jóvenes, que dicen no hablar la lengua mazahua, y sus respuestas a la pregunta sobre quienes de sus familiares si la hablan o dominan, se puntualiza lo siguiente, es innegable el abandono y perdida de la lengua materna en esta región, pero, sí, hay que establecer otros criterios⁵⁸ que operacionalicen el acercamiento con quienes sí hablan su lengua. El criterio lingüístico, ya es limitado y cada vez más, se necesita comprender desde otro enfoque, y perspectiva los procesos actuales que viven, las poblaciones y pueblos indígenas⁵⁹.

González (2003:19-20), dice que si bien hay casos interesantes de poblaciones que reivindican su lengua indígena, la tendencia ha sido la pérdida o abandono de ella y pregunta si existe una “demografía indígena”, resultado de dinámicas socioculturales específicas, o; si es más conveniente hablar de una demografía típica de las condiciones de pobreza que caracterizan a esta población. La mejora en las condiciones de vida de esta población, dice esta misma autora, se alcanzará por medio del aumento de los ingresos y expansión de servicios públicos, indispensables para que la transición demográfica se produzca y desciendan la tasas de morbimortalidad y fecundidad; más aun, “... en una sociedad sin

⁵⁸ Criterios como: estilos de vida, ética comunitaria y practicas ancestrales, (Espinosa, 2001: 179)

⁵⁹ En la misma ciudad de México, por ejemplo, hay grupos y colectivos como los de Mardonio Carballo y su programa semanal radiofónico “Las plumas de la serpiente”, en 102.5 de FM; Patricia Celerina y el Colectivo de Mujeres poetas.

racismo y discriminación, este proceso no tendría porque implicar que la población indígena tenga que renunciar a su identidad y a una parte de su riqueza cultural” (Ibídem: 20), su percepción es contundente y apegada a la realidad sobre la situación de las poblaciones indígenas. Pero además, habría que revisar la percepción que tienen las y los jóvenes sobre el tema de derechos indígenas, ¿cuáles son sus opiniones? Las generaciones actuales viven inmersas en grandes paradojas y esta es una de ellas, ¿qué interpretación y significado tienen los derechos indígenas, los usos y costumbres, la cosmovisión indígena, para las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas? Hasta aquí se han presentado algunas reflexiones y conclusiones de la sección I de la EA-A.

De acuerdo al formato de la EA-A, en la sección II, se incorporó la definición de salud sexual y reproductiva: “... más que hacer referencia al acceso de servicios e información en un ámbito institucionalizado, implica un conjunto de comportamientos, actitudes, preferencias y papeles estructurados, a partir de los cuales los individuos le van dando forma a su entorno sexual y reproductivo, desde la tradición de la que vienen hasta la convivencia con nuevos valores y realidades” (Figueroa, 2001: 78-79). La generación de jóvenes considerada en este trabajo, (como ya se ha anotado) son jóvenes que tenían entre 15 y 18 años, y también, sin lugar a dudas, desde su secundaria tuvieron un espacio de tiempo de 3 años para tener relaciones de amistad y/o noviazgos múltiples, y una iniciación sexual mutua. Se hacen algunas anotaciones sobre cómo se auto-perciben respecto a estar o no informadas/os en materia de salud sexual y reproductiva.

Veamos:

De 68 participantes, 57 personas (mujeres y hombres) se auto-perciben como regularmente informadas/os, 10 personas (mujeres y hombres) según su respuesta, se consideran muy informadas y una mujer se auto-percibe como nada informada. Como se puede apreciar, casi un 90% de las personas, consideran estar regularmente informadas. Diversos estudios

académicos⁶⁰ reconocen que la población de adolescente y jóvenes, requieren de información y acceso oportuno a servicios que respondan a sus necesidades y sus inquietudes, de manera que puedan ejercer su autonomía y gozar de una vida sexual; son estudios que abordan el tema de sexualidad y, salud sexual y reproductiva, y que coinciden en que, a mayor conocimiento del cuerpo y la sexualidad, se incrementa la responsabilidad y, las y los jóvenes postergan el inicio de la vida sexual, “...el cuestionamiento sobre la necesidad de una educación de la sexualidad, ha sido, por lo menos oficialmente, superado. En la actualidad existe un reconocimiento amplio de la importancia de la educación sexual, considerada como el mejor y más económico recurso para prevenir situaciones problema y para posibilitar que las y los adolescentes vivan su sexualidad plenamente y sin riesgos (...) pero existe controversia respecto a los objetivos y formas ...” (Villaseñor, 2002: 309). A mayor suministro y facilitación de educación sexual adecuada, se retarda el inicio de la actividad sexual, se incrementa la práctica de relaciones sexuales protegidas y se incrementa el uso del condón.

Sobre Relaciones sexuales sin protección, se formularon cinco preguntas, tres fueron preguntas abiertas sobre sexo seguro, sexo protegido y, las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección de condón. La *Guía Práctica para la Operación exitosa de los Prevenmóviles*, (2008), define que el *sexo seguro y protegido*, “Consiste en usar métodos de barrera al realizar el sexo vaginal, anal, u oral para evitar el intercambio de fluidos infectantes, como el semen, secreciones vaginales, sangre, leche materna en el caso de que la madre sea una mujer viviendo con VIH. (...) Significa hablar. Comunicarse, ser honesto contigo mismo y con tú pareja”; y por su parte, Prácticas de Riesgo están definidas como, el “... tener múltiples parejas sexuales y sexo oral sin protección” (Ibídem: p. 62).

Las respuestas a este tema reflejan las siguientes situaciones y realidades:

Si bien hay respuestas completas y exactas de las y los participantes, hay que destacar sobre todo la imprecisión y confusiones respecto a lo que entienden sobre sexo seguro y protegido.

⁶⁰ Amuchástegui, Ana, (2002); Castro, 1989; Aguilar, 1996; Reyes, Emma, et al, (2002); Stern, (2008), Beltrán Aguirre, F. y Celia Benet, (2001)

Las respuestas imprecisas por supuesto, reflejan la necesidad de tener mejor información sobre sexualidad y formas de prevención de embarazos no deseados, por otra parte, también hay claridad en las respuestas cuando se les pregunta sobre las consecuencias ante la práctica de relaciones sexuales sin protección del condón. Por sus respuestas, se puede apreciar que son más las y los jóvenes que tienen el conocimiento de que impartir educación sexual y facilitar condones les beneficia, así como que es verdadera, la efectividad de los condones para evitar embarazos no deseados, los menos no creen en la eficacia del condón; pero también, el número de personas que contestaron con un 'No sé', es un número importante de gente que ignora y no tienen la información que necesitan sobre estos temas.

Hay que tener presente y reconocer por otra parte, una realidad innegable entre la información que tienen las y los jóvenes participantes en el DCP, o que dicen tener las personas en general y, las actitudes y prácticas de estas mismas; hay vacíos, incongruencias, contradicciones, sobre todo cuando se trata de temas como lo son las prácticas sexuales. Sobre la efectividad de los condones⁶¹, para evitar embarazos no deseados, predominó la comprensión y discernimiento de que es verdadera la efectividad de los condones para evitar embarazos no deseados, al responder de esta manera 58 de las 68 personas participantes. ¿Dónde entonces, radican las incongruencias y contradicciones, con lo que sucede en la realidad?

Sobre las respuestas de quienes participaron y, a pesar de que tienen claro que el VIH se transmite por relaciones sexuales sin protección, hay también, imprecisiones, vaguedad, desinformación, confusiones en las respuestas y, numérica y cuantitativamente son importantes por ser la mayoría. Los resultados al analizar estos componentes, son reflejo de lo que saben que representa para ellos y ellas el VIH (aun cuando sea de manera inexacta), y los medios por los cuales podrían evitar -o no- ser infectados. Por ejemplo, haciendo referencia a una cita (ya enunciada) de un/a joven participante y la percepción de que “... *no tener sexo con una desconocida...*” es una manera de prevenirse del VIH; entonces, habría que preguntarse ¿hay la certeza y garantía de no contraer VIH, al tener sexo sin protección con una persona, si ésta es conocida/o y cercana a una/o?

⁶¹ Ya sean masculino o femenino, siendo éste último desconocido o inaccesible por su costo.

El VIH como infección de transmisión sexual, constituye hoy en día una preocupación actual. Las mujeres y los hombres jóvenes representan el grupo con el más rápido crecimiento de nuevas infecciones de VIH. Aggleton (2001: 366) señala que “La epidemia del VIH y del sida ha suscitado un nuevo interés en la sexualidad humana y el comportamiento sexual, *esto ha ocurrido no solo debido a los riesgos difícilmente discutibles asociados con el comportamiento que se lleva a cabo sin protección*⁶², ...”; además, este mismo autor plantea que no hay una estrategia universal o medio por el cual se pueda promover el sexo más seguro. Aggleton (2001:378), sugiere que debe de haber toda una gama de opciones para la reducción de riesgos, y; toda una gama de recursos con los cuales las y los jóvenes puedan protegerse a sí mismos y a sus parejas, contra los riesgos relacionados con el sexo.

Según las y los participantes, el condón, es identificado como uno de los métodos de los que tienen información más completa y el método más conocido dentro de la metodología anticonceptiva.

Hombres y mujeres están inmersos en un mundo de significados, valores y prácticas, que a su vez, implica comportamientos, acciones, formas de ser y vivir, y que constituyen en sí mismo conductas sexuales y prácticas de riesgo para adquirir VIH o alguna otra ITS. Las mujeres son más vulnerables ante el VIH que sus pares hombres, el riesgo de infección de ellas, está relacionado directamente con las prácticas de sus parejas sexuales. Particularmente en el caso de las mujeres indígenas, aumenta su vulnerabilidad por factores como sus costumbres y tradiciones, la migración de sus parejas y, desde luego, por el grado de marginalidad social en que viven. Instancias como el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA), ha pronunciado el peligro de la feminización del VIH en el país, por lo que se vuelve urgente, generar acciones de educación sexual y estrategias de intervención, enmarcadas en los derechos humanos.

⁶² La cursiva es mía

Para terminar de plantear algunas conclusiones, sobre los tres últimos componentes incluidos en la EA-A, sobre *Unión de pareja e inicio de la vida sexual*, *Embarazos no deseados y Maternidad en soltería*, se exponen las siguientes reflexiones:

Las y los participantes del DCP, son jóvenes que viven en las mayores desventajas, que verán y vivirán disminuidas sus oportunidades de salud, educación y trabajo futuro; serán también adversas y de menores ventajas, las condiciones en que vivan la crianza de sus hijas e hijos. Las madres y padres adolescentes/jóvenes de menores recursos, sean o no estudiantes y deserten o se mantengan en sus estudios, quedan de esta manera y muchas otras más, ellas y sus pequeñas/os, inmersos en el ciclo de pobreza continua y generacional. Hay una cuádruple condición de su situación de pobreza y maternidad en soltería: mujeres-pobres-jóvenes-madres-solteras; pero, ¿Habrán condiciones favorables para ellas, si son mujeres-pobres-jóvenes-madre-esposas?, es decir, ¿que vivan en pareja?

Hay que tener presente que la iniciación de la vida sexual de las y los jóvenes, representa una de "... las experiencias más importantes para ellos y ellas, en la medida que socialmente los convierte en sujetos de sexualidad y los sitúa de manera diferente dentro del ámbito socio-cultural en el que viven" (Castañeda, 2001: 73). Si bien hay que reconocer que entre las personas jóvenes, existen diversas presiones alrededor de la iniciación de la actividad sexual, también que quede claro que entre parejas de adolescentes o jóvenes, vivan o no en comunidades indígenas, es frecuente su percepción de que si tienen relaciones sexuales por una sola ocasión, no les va a pasar nada, no les va a suceder que resulten embarazadas.

En el caso de mujeres jóvenes solteras, suelen soñar e idealizar que deberán "entregarse" al hombre que aman e iniciar su vida sexual a escondidas, y si no saben de los riesgos, no tendrán posibilidades de protegerse o pedir a su pareja que se proteja.

El confinamiento de la vida y actividad sexual de las mujeres jóvenes solteras que viven en comunidades indígenas, conduce en muchos de los casos a una maternidad temprana no deseada/planeada, o de falta de prevención para evitar contraer ITS y VIH (Castañeda, 2001: 85-86), así está reconocido también, en los discursos de funcionarios e instituciones del

gobierno, “El inicio temprano del ejercicio de la sexualidad es un medio que incentiva esta actividad,(...) conduce a los jóvenes a una experiencia sexual sin tomar las debidas precauciones, conduciendo a embarazos no planeados en adolescentes, limitando el desarrollo de sus capacidades educativas y laborales y por lo tanto, cancelando su proyecto de vida y reproduciendo las condiciones de pobreza” (Secretaria de Salud, 2008:7). Discurso restrictivo al fin, en lugar de planteamiento de propuestas y estrategias creativas.

Si bien para algunas mujeres jóvenes que viven en comunidades indígenas, la maternidad ha dejado de ser su único “destino”, también es realidad que en las localidades indígenas, los embarazos a temprana edad siguen siendo frecuentes, cultural y socialmente, persiste la idea de que la maternidad, es esencial para que las mujeres sean “verdaderas” mujeres. Muchas jóvenes se valoran solo siendo madres, se sienten “realizadas”, convencidas que ese es su “destino”, sin considerar junto con su novio, pareja o fecundador, lo complicado y complejo de la crianza de las hijas/os; sigue ocurriendo además que, entre individuos, familias y comunidades de regiones rurales e indígenas, se piense y se crea, que si mujeres y hombres jóvenes se casan o viven en pareja, inmediatamente deben de tener hijos.

En México, el embarazo adolescente, precoz, a temprana edad u otras denominaciones que se le dé, está concentrado en grupos de población de comunidades indígenas y rurales “...31.1 por ciento de las jóvenes de zonas rurales ya han tenido su primer hijo a los 18 años y entre mujeres indígenas lo ha hecho el 50.8 por ciento...” (Secretaria de Salud, 2008:19). Entre estas jóvenes su riesgo de dar a luz, **no es la edad**, sino las condiciones sociales en las que se puede desarrollar el embarazo; “...la mortalidad y morbilidad materno infantil asociadas al embarazo adolescente son más una manifestación de la desigualdad social y pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos” (Stern y García, 2001:335). Hay que subrayar: **la edad** a la que se produce el embarazo **no es en sí**, la causa de la pobreza o de un menor bienestar futuro, es su origen social y familiar del que proviene la joven –el contexto de desigualdad social que se traduce en desigualdad de oportunidades–, el que, independientemente del embarazo, está asociado a la pobreza que caracteriza a estas jóvenes mujeres indígenas y situación más grave aún, si viven su maternidad solas. Esta desigualdad actúa sobre sus vidas aun antes de

su nacimiento, a lo largo de su infancia y adolescencia y, evidentemente, permea el ámbito de su salud reproductiva y de su bienestar social en la edad adulta.

Sobre sus necesidades de información en los temas de salud sexual y reproductiva, así como las preguntas planteadas, a través de las técnicas: *Ficha de Identificación* y *Buzón de preguntas*, los resultados, reflejan sus intereses y, la necesidad de información. Las y los estudiantes se entusiasmaron en el desarrollo de éstas dos técnicas, invirtieron tiempo, esfuerzo, dedicación. Fue su oportunidad de explayarse, las características de las técnicas así lo permitían, difícilmente encontrarían otra oportunidad de hacerlo libremente, sin límites, ni temor alguno, ante la ventaja del anonimato. De mayor a menor necesidad: sexualidad, prevención de VIH-Sida, métodos anticonceptivos, prevención de embarazos en adolescentes, sexo seguro, sexo protegido, prevención de ITS, prevención de violencia sexual, interrupción del embarazo y, paternidad y maternidad responsable, son los temas de su interés y preferencia.

Esta es la realidad como la viven y que dicen vivir, adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas. Necesitan información y educación sexual para evitar contraer VIH, para evitar contraer alguna ITS y evitar embarazarse a temprana edad sin haberlo planeado, deseado y previsto. Pero, ¿sólo se trata de falta de prevención de ellas/os?

Los ámbitos de la sexualidad, la educación sexual y el inicio y ejercicio de la vida sexual responsable –o no- de las y los jóvenes indígenas o no indígenas; son ámbitos que “... pasan necesariamente por cómo las y los adultos conceptuamos el fenómeno. Y claro, por la manera en que las instituciones sociales (manejadas por los adultos) la escuela, (...) el sector salud perpetúan (...) dobles mensajes que impiden una educación de derechos sexuales y reproductivos libre, sana, completa...” (Cacho, 2007: 119). Las sanciones negativas sostiene esta misma autora, entorpecen el acceso a la información correcta y veraz, confunden a las personas, mucho más si se trata de adolescentes y jóvenes. Dice Stern en este mismo sentido, “...La valoración negativa que conlleva el embarazo adolescentes y las fuertes controversias que se dan en torno a la educación sexual y al acceso de los jóvenes a metodologías anticonceptivas, tienen mucho que ver con la tradicional sanción moral negativa

hacia el ejercicio de la sexualidad premarital...” (2001: 352). Aggleton, por su parte, (2001: 371) señala que si la promoción de la salud sexual y reproductiva⁶³ ha de ser significativa para los jóvenes, está obligada a ocuparse de la vivencia de las y los jóvenes, de lo que creen que es cierto respecto a sus propias vidas, sus preocupaciones, ocupaciones, aspiraciones y dilemas cotidianos que enfrentan.

Finalmente, para cerrar este capítulo, se retoma lo que sugiere Reyes (2002: 254), hay que poner la mirada “... en los estados (...) mayoritariamente indígenas, en donde se vive un rezago en comparación a otras regiones del país; (...) es importante en el contexto educativo favorecer estrategias que incidan en acortar las brechas de género e inequidad, dada la diversidad de culturas existentes y el rezago que existe sobre todo en las oportunidades reales de acceso a la educación hacia las niñas y mujeres”; abatir la falta de previsión, en el campo sexual y en el campo de las relaciones de pareja, dice esta misma autora.

⁶³ La promoción significativa de la salud sexual y reproductiva, parte del reconocimiento de que las experiencias de las personas son complejas y contradictorias, según sus antecedentes sociales, estatus, género, sexualidad y etnicidad. Aggleton (2001:371).

CONCLUSIONES GENERALES Y ALGUNAS PROPUESTAS

Las prácticas sexuales y reproductivas de las/los adolescentes y jóvenes, les afectan o favorecen a nivel individual según sean las decisiones que tomen, e influyen en el comportamiento demográfico y situación económica de un país; México al contar con una base amplia de población joven, resultado de la reducción de los índices de mortalidad y de fecundidad durante el siglo XX, se caracteriza además, por un número importante de uniones y embarazos tempranos que provocan a su vez, una acelerada tasa de reemplazo generacional. De esta manera, con todo y la reducción de la tasa global de fecundidad, se sigue experimentando un rápido crecimiento demográfico, una demanda importante por servicios y, una importante presión sobre el mercado de trabajo, antes de poder llegar a una disminución significativa en tales indicadores (Schiavon, 2008). Pero además, en México, la distribución del ingreso, es cada vez más polarizada y la población de adolescentes y jóvenes aumentará hasta por 60 millones en 2020, y de la capacidad del Estado mexicano para proveer las oportunidades que requiere este grupo poblacional, depende en buena medida el desarrollo económico y social del país (Zúñiga, 2008).

A dos décadas del nuevo viraje de la CIPD de El Cairo-1994, en México, los objetivos y atención de la salud sexual y reproductiva, no se han alcanzado con la eficacia y calidad que se requiere; en México hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes, que viven en comunidades indígenas es todavía una utopía, la desigualdad social sigue siendo el principal lastre y obstáculo para hacerlos efectivos; no se están creando condiciones para avanzar hacia el desarrollo o la democratización del país, lo que se está creando son condiciones para mantenerse en el subdesarrollo, las políticas sociales mitigan los estragos de las políticas económicas, pero las desigualdades, lejos de disminuir con las políticas económicas implementadas por los gobiernos neoliberales, siguen aumentando y si bien, las políticas demográficas han impactado en las tasas de natalidad, los alcances son limitados, la reducción del crecimiento demográfico no ha hecho posible mejorar la calidad de vida de millones de personas, al contrario, la pobreza ha crecido, tanto como la violencia, la impunidad, la inseguridad y el deterioro del medio ambiente.

Menores tasas de crecimiento no se han traducido en mejores niveles de bienestar. El bienestar y desarrollo pretendido no llega, no se vislumbra la posibilidad de mejorar la calidad de vida de hombres y mujeres indígenas. Las hijas y los hijos de familias pobres indígenas, no tienen garantizado su acceso a bienes y servicios de calidad; no se ven diferencias importantes entre generaciones, no hay diferencias sustanciales entre condiciones y calidad de vida de la generación inmediata anterior, las generaciones actuales y las generaciones siguientes. Su salud sexual y reproductiva "... se ve afectada por la desigualdad entre los grupos sociales, regiones, áreas urbanas y rurales, según ingresos de las familias, grupo étnico, acceso a la escolaridad y calidad de la educación entre otras" (Figueroa, 1998: 11).

Si bien por un lado, para algunos sectores de jóvenes urbanos, se presentan situaciones que pueden traducirse en mejores expectativas de vida favorables, estas nuevas generaciones, también enfrentan situaciones adversas, riesgos sociales y económicos, riesgos en su salud sexual y reproductiva. Pero, el desafío de mayor importancia, es la atención de las necesidades de las y los jóvenes que viven en zonas indígenas y rurales, los vacíos y/o inexistencia de servicios para atender a éstas personas, son pendientes con muchas aristas, pues la atención predominantemente se ha cubierto en población joven urbana.

Ante estos escenarios, pensar y reconocer los derechos humanos en una perspectiva de interdependencia y visión integral, no es fácil; todo lo contrario: es un desafío para las políticas públicas la atención de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres y hombres que viven en comunidades indígenas y enfrentan todas y acumuladas marginaciones, y carencias, que imposibilitan alcanzar un desarrollo óptimo para que tengan oportunidades de desarrollo personal, familiar, comunitario y social. Las desventajas sociales y económicas que las personas pobres enfrentan, influyen y determinan su lugar de pertenencia a determinado grupo social. Dice Cervantes (2000:390) que "... la pertenencia a determinado grupo social (por una combinación de la edad, el sexo y la clase u otros sistemas de diferenciación social relevantes) ubica a los sujetos en lugares sociales determinados desde donde se viven ventajosa o desventajosamente las diferentes experiencias..."

Reducir las desigualdades en la atención y servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes que viven en comunidades indígenas, no ha sido un asunto que se resuelva en automático, no ha resultado fácil operacionalizar y ejecutar lo escrito en programas oficiales del gobierno mexicano. Las instituciones viven inercias culturales, problemas organizativos, financieros, de capacitación, de difusión de acuerdos, de operación y eso dificulta que nuevos enfoques se materialicen, además, se requiere de una permanente investigación-acción crítica que revise y proponga, los cambios que se ocupan ante la heterogénea y dinámica realidad social actual, así como la búsqueda de nuevos paradigmas para atender aspectos de sexualidad y educación sexual de adolescentes y jóvenes, indígenas y no indígenas (Espinosa, 2000:13; Villaseñor, 2002: 309).

Si bien en las dos últimas décadas, la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en general, han sido temas prioritarios de planes y programas de gobierno, los discursos programáticos y sus acciones, no resuelven, hay pendientes y muchos, si bien hay cambios positivos en la normatividad, claridad en el manejo de algunas problemáticas en estas materias, el atender la problemática que enfrenta la población joven que vive en comunidades indígenas no ha sido un asunto menor, sus prácticas sexuales y reproductivas impactan directamente, sobre el panorama demográfico y, principalmente, por la escasa participación de este grupo en el ámbito socioeconómico del país.

Coexisten, realidades extremadamente desiguales, hay regiones, zonas y clases sociales, en donde indicadores de salud corresponden a la forma como viven hombres y mujeres de países ricos, y "...otras en donde tales indicadores son semejantes a los de países de pobreza extrema" (Matamala, 1999: 23); encontramos entonces, a un Estado que se adjudica la defensa de un proyecto nacional y, por otra parte, encontramos individuos o grupos sociales cargados de necesidades y demandas específicas (Cervantes, 2000), pues las condiciones sociales, económicas y de salud, no han cambiado de manera sustancial y la pobreza en este país se acentúa más o menos, dependiendo de la región en la que se viva y a pesar de los programas sociales sexenales. A mayor gasto en programas antipobreza, más crece el número de pobres (Galván, 2014:31).

Si bien El Cairo-1994 trajo procesos de cambio y se identificaron obstáculos, y hoy, salud sexual y reproductiva es una noción más abarcativa y humana, que permea los actuales planes de salud sexual y reproductiva, teniendo retos a resolver; la pobreza, también es una situación creciente que contradice discursos oficiales y sus contenidos enunciativos. Entre lo declarativo y operacionalización de acciones, sigue habiendo pendientes y muchos, se enfatiza, si bien en las dos últimas décadas, la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en general han sido temas prioritarios de planes y programas de gobierno; los discursos, programas y acciones, no han resuelto lo que necesitan las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas.

El *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes* (PSSRA) entre otros señalamientos, indica que en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) se reconoce el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y, particularmente, de la salud sexual y reproductiva, que junto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) implementarán campañas permanentes de educación sexual y será a través de éstas estrategias y objetivos, que (según el PROSESA) se alcance el: “Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables”, (Secretaría de Salud, 2008: 17).

Sin embargo, las intenciones de los programas de Estado, revisados en el capítulo dos, reflejan cómo éstos, atienden aspectos limitados en cuanto a salud sexual y reproductiva, de las y los jóvenes que viven en localidades indígenas y rurales se refiere, al no haber un conjunto bien estructurado de programas que atiendan la raíz del problema, es decir, la desigualdad social. Atienden pero no resuelven, es la realidad; en la región considerada en este trabajo, no hay Centro de Atención para Adolescentes⁶⁴ (CARA), a pesar de ser San Felipe del Progreso, un municipio estratégica y políticamente poderoso en el estado de México.

⁶⁴ “Por lo que respecta a la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva (...) En cuanto al IMSS-Oportunidades actualmente cuenta con (...) servicios denominados Centros de Atención Rural al Adolescente (CARAS)” (Secretaría de Salud, 2008: 22).

Un dato importante de tener presente es que en 2008, México fue sede de la Primera⁶⁵ Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, y en dicha reunión se elaboró la *Declaración Ministerial 'Prevenir con Educación'* ([www.censida.gob](http://www.censida.gob.mx), www.unesco.org), donde México junto con otros países, se comprometió a posicionar la prevención del VIH, y estableció dos metas para el año 2015: reducir el número de escuelas que no han institucionalizado la educación sexual y, reducir el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva.

Por su parte, organismos de la sociedad civil (OSC) con trabajo, investigación y aportaciones relevantes en estas materias, señalan que el Programa de Salud sexual y reproductiva creado en 2007 para adolescentes, no logró objetivos como el de incrementar el uso correcto del condón para la práctica del sexo protegido, ni redujo los índices de embarazo precoz y la falta de acceso a métodos anticonceptivos (*La Jornada*, 2012: p. 41). Esto es, según del lado que se vea, hay avances paulatinos o veloces, o se visibilizan o invisibilizan las ineficiencias o eficiencias en la atención y servicios.

Por su parte, los discursos políticos plantean la urgente necesidad de políticas públicas, dirigidas principalmente a reducir el embarazo en adolescentes, disminuir el VIH y otras ITS, así como promover conductas sexuales y reproductivas, saludables y responsables, pero ¿cómo hacerlo de manera efectiva entre las personas jóvenes que viven en comunidades indígenas, si es la población que por su origen social, vive excluida y con todas las desventajas acumuladas?; el hecho de sólo reconocerlo en los discursos, no resuelve la problemática, no se resuelve la pobreza aun con los programas implementados por las instituciones operativas.

Entonces, si hay algunos avances y si hay algunas condiciones, e igual; hay discursos y voluntad enunciada en los programas de gobierno, pero no están materializados del todo, porque la inversión basada en las necesidades de las personas, en lo que a salud y en

⁶⁵ Su principal objetivo: fortalecer estrategias intersectoriales para atender la epidemia del VIH en contextos educativos formales y no formales.

materia educativa se refiere, no son asuntos atendidos responsablemente por el Estado. Se ha debilitado el papel del Estado para responder a las nuevas necesidades.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos sociales que dependen de la existencia de ciertas condiciones para objetivarse, implican deberes y responsabilidades del Estado y los gobiernos para que la población pueda ejercerlos plenamente; para ser disfrutados se necesita de una estructura e infraestructura que los posibilite y materialice; (Villaseñor, 2002; Cervantes, 1993), sin embargo, los sistemas de salud y educativo en México, son sistemas altamente diferenciados, legitiman la desigualdad, excluyen a las personas de las clases y grupos sociales de menores recursos. Sus instituciones no proveen atención y servicios eficientes, eficaces y de calidad a la población, y menos los proporcionan con estas características a los más excluidos, para que los más pobres dejen de permanecer al margen del desarrollo nacional.

Se sabe y muy bien, que los servicios educativos y de salud⁶⁶ son de calidad deplorable entre la población de menos recursos; accesibilidad, disponibilidad y calidad tendría que aplicar para todas y todos... es lo que tendría que suceder, es lo que más se necesita, pero es lo que menos ocurre. Se sabe, que el sistema de salud en México, es un sistema de seguridad social dual, desigual, inequitativo⁶⁷, que separa la atención entre usuarias/os derechohabientes y población 'noderecho-habiente', y en donde, accesibilidad, disponibilidad y calidad de dichos servicios es deficiente y cuestionable, como ocurre en el caso del Programa IMSS-Oportunidades (recientemente denominado Prospera), entidad que a través de una red de consultorios y hospitales (cuyos espacios físicos, instalaciones y equipamiento en muchas situaciones y regiones, se encuentran en mal estado y/o desatendidos) atienden a la población sin capacidad de cotización, es decir, a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema de las zonas rurales e indígenas. Esta es la realidad tal cual, en la vida y cotidianidad de las y los jóvenes que viven en comunidades indígenas. *Estudien o no estudien*, el entorno de estas/os jóvenes es de pobreza y desigualdad, van de la mano.

⁶⁶ Bronffman, P. M. y Sergio López Moreno, (1999).

⁶⁷ E incluso, considerado ineficiente en general, y contradictorio también, al haber una gran desatención médica para la población pobre y miles de profesionistas médicas/os que carecen de empleo.

En México, en las ciencias sociales se inició hace unas décadas el estudio de la sexualidad desde la perspectiva de la subjetividad de los actores sociales, las relaciones sociales y las instituciones involucradas en su configuración. Especialistas de este enfoque, señalan que la sexualidad, hay que entenderla como *una construcción sociocultural e histórica que cambia según la época, región del mundo, cultura, género, etnia, clase social y generación de pertenencia*; que el significado de las prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la satisfacción de los deseos eróticos y su sentido para la subjetividad e identidad de las personas, varían de una cultura a otra y de un grupo humano a otro. (Szasz, 2000b:14).

En este mismo orden de ideas, Cervantes (2000: 301) señala que los derechos sexuales y reproductivos son multidimensionales por naturaleza jurídica y a su vez, son derechos de orden social porque requieren la presencia de un Estado nacional, *en funciones de servicio y provisión, para que estos se puedan realizar*, es decir, para que los individuos puedan ejercerlos con plenitud y libertad; pero, para el acceso y el suministro de información, el Estado requiere recursos materiales y humanos, sin embargo, la existencia de estos no necesariamente asegura que el Estado tenga la voluntad política de distribuirlos o, la sociedad tenga acceso a ellos. De la misma manera Aggleton (2001) y Stern, *et al* (2001) observan desde su perspectiva, que en los discursos sobre salud sexual y reproductiva, abundan las formas retóricas de la promoción de la salud; Stern, junto con otros especialistas, particularmente sobre los programas dirigidos a incidir sobre sexualidad y embarazo en adolescentes, observa que éstos parten de una serie de valores y supuestos que tienden a traducirse en limitaciones, para influir sobre la prevención del embarazo en adolescentes y sobre sus consecuencia.

Superar las inequidades sociales, revertir la pobreza y desigualdad económica, social y cultural son desafíos y retos del Estado Mexicano, sus gobiernos y sus instituciones operativas. “Cualquier derecho que tenga como foco la superación de la desigualdad social, presupone un modelo de desarrollo humano y un Estado democrático que propicie el bienestar”, señala y sugiere Ávila (1999:70).

Si bien a los gobiernos les gusta hacer espectacular lo que hacen o dicen que hacen⁶⁸ y más allá de la publicidad, que los gobiernos e instituciones quieran hacer sobre sus actos y el trabajo que están obligados a hacer; esta primero conocer la opinión de la gente, saber, entender e interesarse por cómo se miran las cosas desde el lado ciudadano, erradicar las prácticas unilaterales del Estado y sus instituciones gubernamentales de elaborar políticas públicas, que se encuentran rebasadas por los acontecimientos, al no estar incluidos y considerados las y los directamente interesados, pero sin lugar a dudas; la gente, la sociedad, la ciudadanía, también es responsable y está obligada a ser exigente con el cumplimiento y el ejercicio de sus derechos, a hacerse visible, desarraigarse de esa interiorización muda bajo formas de disposiciones inconscientes de desigualdad social (Bourdieu, 2008). Hacerse presentes construyendo ciudadanía, expresando puntos de vista, ideas creativas, proactivas, convirtiéndonos en un país que manifiesta sus demandas en voz alta, promoviendo y favoreciendo debates inteligentes.

Entendernos, además, como una sociedad que está cambiando vertiginosamente, que necesitamos cambiar y estar en vigencia; que como sociedad hay cosas que aportar desde ambos lados, las y los jóvenes indígenas desde sus perspectivas y expectativas y, por otro lado, la población adulta indígena desde su experiencia. En y desde sus comunidades, actualizarse como padres, madres de familia, como proveedor de servicios educativos o de salud, culturales y recreativos, mucho más si se trabaja en estas materias en la docencia e investigación, o si se está a cargo de la impartición de ellas, considerando como base del trabajo, la perspectiva de las y los jóvenes, conociendo sus propuestas, conociendo cómo y lo que quisieran en el proceso de dar respuestas a sus necesidades, desde el entorno en el que se mueven; o, conociendo qué esperan de las acciones gubernamentales; reconocerlos como jóvenes que necesitan acompañamiento y no conducción, que necesitan comprensión, respeto y recursos (espacios de participación, información, recreación, educación, etc.) para que, con imaginación y creatividad, reconozcan y expresen sus necesidades (Figuroa, 2001: 94). Repensar, qué tipo de madre, padre, trabajador/a de servicios de salud o educativo se es y se necesita ser.

⁶⁸ ¿Sus anuncios espectaculares tendrán como objetivo, invisibilizar sus mismas ineficiencias?

Una acotación sobre el proceso de la reproducción humana, este es un fenómeno multidimensional y multifacético, en él se distinguen tres componentes: i) sexualidad, ii) procreación y iii) crianza, en donde hombres y mujeres participan de manera desigual. En la reproducción humana son las mujeres quienes llevan dentro de su cuerpo al producto de la concepción y después del parto por razones culturales tienen que dedicar más tiempo al cuidado y crianza de los hijos. En el cuerpo femenino tiene lugar casi todo el proceso y se asigna además socialmente a las mujeres, la mayor responsabilidad material/afectiva en el cuidado y atención de la nueva vida, (Cervantes, 2000: 385); sumado a esto, los sistemas de parentesco regulan también las relaciones entre hombres y mujeres a través de normas, valores y prácticas variadas, como sucede de manera preponderante entre las personas de las comunidades indígenas.

¿Qué es necesario hacer para ofrecer prevención integral del VIH, ITS y embarazos no deseados, así mismo el promover conductas sexuales y reproductivas saludables y responsables entre jóvenes, que viven en comunidades indígenas? ¿Qué es necesario hacer para que haya políticas públicas efectivas y dirigidas a esta población, desde su vida cotidiana?, ¿Cómo reducir las desigualdades y obstáculos que tienen que ver con su condición de jóvenes que viven en comunidades indígenas? Los diagnósticos se tienen que acompañar de propuestas a donde se quiere llegar.

La parte final de estas conclusiones, sugiere algunas propuestas en tres sentidos:

PRIMERO.

Sobre los compromisos, declaraciones y tratados internacionales firmados⁶⁹, **así como las leyes y reglamentaciones del ámbito nacional emanadas del gobierno mexicano, en materia de derechos humanos y, derechos sexuales y reproductivos, deben de ser**

⁶⁹ Aun cuando ya han sido anotados dichos instrumentos, se reiteran nuevamente: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (Arts. 1º y 4º), la Ley General de Población, la Ley General de Salud, la Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; y, la Norma Oficial Mexicana (NOOM 005) de los servicios de Planificación Familiar. Los referentes Internacionales son: la Declaración Universal de los Derechos Humanos; Convención de los Derechos de los niños, etc.

entendidos por la sociedad, como el conjunto de obligaciones y procedimientos que tienen las instituciones y autoridades para con la sociedad; deben de ser difundidas entre todos los sectores de la sociedad, (salud, educación, sociedad civil organizada, sociedad en general), que dejen de verse sólo como escritos con contenidos de buenas intenciones, aprehender a ese conjunto mismo, hacerlos nuestros, de manera que todas esas declaraciones y tratados, sean una herramienta de exigibilidad y sean usadas como tal.

Si la promoción de la salud sexual y reproductiva, como observa Aggleton, ha de ser significativa para los jóvenes, está obligada a referirse necesariamente a las vivencias de los individuos, ocuparse de lo que las personas jóvenes creen que es cierto, respecto a sus propias vidas, sus preocupaciones, ocupaciones, aspiraciones y dilemas cotidianos que enfrentan: "...la promoción significativa de la salud sexual y reproductiva parte del reconocimiento de que las experiencias de las personas varían de modo complejo y tal vez contradictorio, según sus antecedentes sociales, estatus, género, sexualidad y etnicidad". (2001:371-372). Los más eficaces tipos de promoción de la salud sexual y reproductiva, son aquellos que reconocen a la sexualidad como una fuerza creativa capaz de ofrecer placer, realización y crecimiento, que tendrán su punto de partida en evaluaciones de las necesidades en el ámbito local, realizadas con grupos específicos de jóvenes y no en "teorías" preexistentes acerca de la adolescencia como una etapa de la vida; sugiere este mismo autor ser realistas, descartar enfoques estereotipados que tienen una comprensión limitada de los jóvenes y de sus necesidades sexuales y reproductivas; y, que consideran la sexualidad en términos negativos –como algo que debe de ser controlado- (2001: 378).

Urge desarrollar políticas de prevención con acciones amplias de difusión e información dirigida a niñas, niños, adolescentes y jóvenes que viven en comunidades indígenas; reconocer que hoy en día las juventudes indígenas de las nuevas generaciones, viven según sus diversas realidades sociales, culturales y regionales; reconocerlas como lo que son: culturas dinámicas cuyos sistemas de valores reciben múltiples influencias, "... participan del proceso modernizante del país, al incorporar en sus valores y prescripciones, o en su repertorio de posibilidades de acción individual, propuestas provenientes de grupos sociales hegemónicos....." (Amuchástegui, 2002: 154). Se necesitan políticas públicas

interesadas en el reconocimiento de la diversidad cultural, en una lógica de reconocimiento y ejercicio de los Derechos Humanos de estas personas jóvenes; acciones interesadas en el reconocimiento de las diferencias para atender las complejas realidades a las que nos enfrentamos, sólo así, dice Figueroa (2001) se podrá incidir en la conformación de sujetos activos y responsables de las decisiones, de sus prácticas sexuales y sus prácticas reproductivas.

Reconocer que al hablar de las y los jóvenes de comunidades indígenas como grupo social y su acceso, a programas y servicios de calidad dirigidos a esta población: “Existe una gran diversidad de nuevas situaciones (...) (y) una dinámica que genera importantes demandas a las acciones sociales y gubernamentales en el ámbito de la salud reproductiva...” (Figueroa, 2001: 82). Se necesitan políticas públicas claras, de alcance, adecuadas a las necesidades de las nuevas generaciones de jóvenes viviendo en comunidades indígenas, prepararse y prepararlos para los cambios, atenderlos y entenderlos, sin dar por hecho que las/los adultos si saben lo que necesitan.

Para garantizar que la salud sexual y reproductiva, esté al alcance de las y los jóvenes de comunidades indígenas, hay que reforzar y diversificar la coordinación entre distintos sectores del gobierno y sociedad, se trata de trabajar desde diferentes frentes, no sólo desde el sector salud, invertir en las familias⁷⁰, las escuelas, para ampliar el alcance de las acciones y programas, ampliar actividades de promoción e incluir a las secretarías de salud, empleo y educación, instancias e instituciones recreativas y de cultura.

⁷⁰ “Cuesta menos la prevención que la curación. Y es en el seno de las familias, en las escuelas, en los medios de comunicación de masas, en los centros de esparcimiento, y no en los hospitales o en los consultorios donde mejor se puede prevenir” (Stern, C y Elizabeth García, 2001: 354)

SEGUNDO.

Revertir la inequidad que existe entre los géneros⁷¹ en los núcleos familiares y comunidades. Trabajar en pro de la equidad de género, incorporar y corresponsabilizar a los varones en la atención del trabajo doméstico, la crianza de las los hijas/os. Hacer costumbre en las comunidades indígenas, la crianza y socialización de hijas e hijos, de manera que sean asuntos compartidos y de corresponsabilidad entre/de pareja, que se entiendan como asuntos de corresponsabilidad individual, familiar, social y del Estado.

Si en el ejercicio de la sexualidad y reproductividad de las y los jóvenes urbanos y entre algunos espacios y sectores, se presentan experiencias enriquecedoras, "...mayores libertades, (...) se han constituido en sujetos diferentes, más independientes y protagónicos, más pragmáticos.(...) (Figuroa, 2001:85), que así también suceda entre las personas jóvenes de las comunidades indígenas en el inicio y a través de su vida sexual y reproductiva.

Para reducir la probabilidad de que adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas, (particularmente las mujeres) tengan que afrontar solas la responsabilidad del mantenimiento y la crianza de los hijos, con consecuencias socioeconómicas y de salud muy serias para ellas y sus hijos, es importante que aprendan y consideren junto con su novio, pareja o fecundador, lo complejo de la crianza de las hijas/os; informarles, darles a conocer, que la sexualidad al igual que el proceso de crianza, incluye dinámicas y relaciones significativas de atender adecuada y responsablemente, que las/os hijas/os pequeños necesitan de figuras sociales como el amor materno y paterno, de espacios de comunicación e intercambio afectivo, de actividades práctico-amorosas, de cuidados físicos como la alimentación, la protección de la salud, la protección corpórea, limpieza, organización del entorno y cuidado emocional como lo es la protección afectiva, estimulación sentimental, intercambio amoroso, respeto, consuelo, consideración (Reyes, 2002: 237; Cervantes, 2000: 387).

⁷¹ "A finales de los años cincuenta, el concepto de *género* se perfila; su uso se generaliza en el campo psicomédico en los sesenta; con el feminismo de los setenta cobra relevancia en otras disciplinas; en los ochenta se consolida académicamente en las ciencias sociales; en los noventa adquiere protagonismo público, y, en este nuevo siglo, se constituye en 'la' explicación sobre la desigualdad entre los sexos (...) tiene que ver con que el concepto se vuelve, en sí mismo una forma de comprender el origen sociocultural de la subordinación de las mujeres." (Lamas, 2006: 91).

El embarazo a temprana edad se reducirá, si cultural y socialmente se erradica la idea de que la maternidad no es esencial, para que las mujeres sean “verdaderas” mujeres. Que las jóvenes, se valoren por muchos otros proyectos laborales, académicos, culturales y recreativos que puedan tener y realizar, que no solo siendo madres se sientan “realizadas”. Erradicar la idea de que la identidad y existencia del ‘ser mujer’ de las mujeres indígenas, tiene sentido al servir al otro, padre, del marido o cualquier otro hombre que encarne la imagen de protector (Ávila, 1999).

Si entre las mujeres urbanas están decidiendo por un *no a la maternidad*, o la interrupción de un embarazo es cada vez más “permitido”, que esto también suceda en las comunidades indígenas; si entre parejas ciudadinas de algunos sectores, hay mayor calidad en la relación, respeto a las diferencias, comunicación, acuerdos y conocimiento íntimo, mujeres y hombres jóvenes más conscientes e informados, que esto también ocurra en las comunidades indígenas.

TERCERO.

Información y atención. Cerrar las brechas de desigualdad en el acceso a la información y servicios, marcaría una gran diferencia en el desarrollo de las familias de las y los adolescentes y jóvenes que viven en comunidades indígenas, de sus familias, de sus comunidades y de la sociedad en general; es insoslayable el reto de atender las necesidades de las y los jóvenes, de áreas rurales, y sobre todo de áreas indígenas; que profesoras/es, trabajadoras/es de la educación en general y prestadoras/es de servicios de salud, cuenten con acompañamiento y asistencia técnica especializada en atención de adolescentes y jóvenes. Se necesita de programas de educación y prevención, en diferentes ámbitos y materias que atiendan a la población adolescente y joven de comunidades indígenas y rurales, visto esto como una perspectiva y factor determinante de bienestar social.

Ocuparse de que estén disponibles todas las opciones, infraestructura y recursos posibles para la reducción de riesgos, con los cuales las/los jóvenes puedan protegerse y proteger a sus parejas, contra los riesgos relacionados con el sexo (Aggleton, 2001: 378) y sus prácticas

reproductivas. Efectuar cambios en los conocimientos de las y los jóvenes, proporcionando, información sustentada en evidencias científica y no en juicios de valor. Proponer, crear, facilitar o multiplicar, experiencias exitosas y estilos positivos, estrategias con mayores probabilidades de lograr los objetivos deseados, que tiendan a promover el sexo como un aspecto enriquecedor del comportamiento humano y cuyo objetivo sea promover y difundir prácticas sexuales, sanas y seguras.

Suministrar información relevante, a través de actividades, herramientas, dinámicas y técnicas participativas, individuales y de grupo, que fomenten la evaluación de riesgos, la modificación de actitudes, prácticas y conductas que requiere de la participación más activa de los educandos, usando enfoques participativos como los juegos, las dramatizaciones de roles, las simulaciones y la formación de habilidades⁷².

Capacitar en habilidades para la negociación sexual y el uso de condones, el acceso a insumos y recursos como los condones para la prevención de ITS, VIH y embarazos, así como servicios de salud apropiados.

Organizar y facilitar a las y los jóvenes, horarios compatibles a sus necesidades, en espacios físicos con infraestructura adecuada para proporcionar los servicios de manera privada, asegurando la confidencialidad y privacidad de la información que proporcionan, sin que se sientan juzgados y en el mejor de los casos brindando calidez; todas estas características las deben de conocer y sensibilizarse para esto las/os proveedores de servicios de salud y educativos

Finalmente, dos últimas acotaciones:

No hay que asumir que como gobierno, sociedad, academia, sociedad civil organizada, se tiene la claridad de lo que les hace falta a las y los jóvenes, más aun, se pretenda saber cómo

⁷² Pero aun con estos enfoques, hay que evitar suponer que las habilidades adquiridas en un contexto determinado, necesariamente sean transferibles a otros. No es imposible que, en el aula, algunos jóvenes tengan éxito al practicar las negociaciones sexuales e incluso, las habilidades para el uso de los condones, pero esto deje de ser posible en la vida real, donde las presiones a favor del sexo no seguro, pueden ser mayores, o donde el tener relaciones no protegidas, se considera una señal de compromiso y confianza (Aggleton, 2001: 378).

ofrecérselos. La lectura de los derechos humanos implica actitudes de humildad y modestia, al interactuar con personas que tienen mucho que aportar para reconstruir el entorno del que todos somos parte y cuya corresponsabilidad debiera ser compartida (Figueroa, 2001: 93).

Parafraseando a Bronfman (2001: 388), que a su vez cita un artículo de Nicholas Freudenberg, observan que: Un mundo en el que todos usen condones cada vez que intercambian fluidos corporales no es suficiente...Será (mejor) un mundo en el que cada una/o tenga derecho a una educación completa sobre sexualidad,...en el que el cuidado de la salud sea un derecho y no un privilegio (...)

REFERENCIAS BIBLIO- HEMEROGRAFICAS

Aggleton, Peter, (2001), "Prácticas sexuales, enfermedades de Transmisión sexual y sida entre jóvenes" en: Stern C. y Juan Guillermo Figueroa, (Coord.), *Sexualidad y Salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, COLMEX, México, pp. 365-381

Aguilar, José, (1994), "Educación sexual en la adolescencia", en *Antología de la sexualidad Humana*, T. II, México, Porrúa-CONAPO.

Amuchástegui, Ana, (2002), "El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación", en: Ivonne Szasz y Susana Lerner (Comps.), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México, pp. 137- 172.

Aparicio, Cedillo, Magda R., *El establecimiento de una casa de la mujer indígena: un acercamiento a través de las miradas de la casa "zana jñatjo": estudio de caso*, Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México, septiembre 2013, 53 pp.
www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/.../SPT--DownloadFile.php?l.

Ávila, María B., (1999), "Feminismo y Ciudadanía: La producción de nuevos derechos" en: Scavone, Lucila, (comp.) *Género y Salud Reproductiva en América Latina*, libro Universitario Regional, Cartago Costa Rica, pp. 57 – 83.

Bartra, Armando, (2004), "Presentación", en: Espinosa Gisela y Lorena Paz, *Metodología Participativa para el Diagnóstico Socioeconómico de Regiones Rurales*, UAM-X, Circo Maya, México, 96 pp.

Barzelatto, José, (1998), "Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto" in Bilac, E.D. Y Baltar, I (ora) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e problemas*. Sao Paulo, 1998, Editora 34; pp. 43 – 44.

Beltrán, Aguirre F. y Celia Benet, (2001), “Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: un factor determinante de bienestar social”, en: Stern, Claudio y Elizabeth García, (Coords.), Documentos de trabajo No. 6, Sexualidad, Salud y Reproducción. *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción*. El Colegio de México - Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, pp. 111 – 122.

Berger, P. y T. Luckmann, (1995), *La Construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu, pp. 66 – 74.

Bonfil, Paloma, (2014), (Coord.), *Derechos y salud sexual y reproductiva entre jóvenes indígenas: hacia la construcción de una agenda necesaria*, GIMTRAP, A.C., México, 2014, 337 pp.

Bourdieu Pierre, Passeron Jean Claude (2008), *Los Herederos. Los estudiantes y la cultura*, S. XXI, México, 189 pp.

Bronfman, P. M. y Sergio López Moreno, (1999), *Demos. Carta Demográfica sobre México*, México, pp. 13- 14.

_____, M., (2001), “Comentario al trabajo de P. Aggleton”, en: Stern C. y Juan Guillermo Figueroa, (Coord.), *Sexualidad y Salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, COLMEX, México, pp. 383 – 388.

Bruce, Judith, (2008), “La siguiente generación de programas para adolescentes: satisfacer las necesidades interrelacionadas de salud, sociales y económicas del sector poblacional más vulnerable”, en: Stern Claudio (coord.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Colegio de México, Population Council, México, pp. 337 – 339.

Buvinic, Mayra, (2000), "Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México", en: López, María de la Paz, et al, *Familia, Género y Pobreza*, Miguel Ángel Porrúa-GIMTRAP, México, 89 pp.

Cacho Lydia, (2007), *Esta boca es mía (Y tuya también)*, Edit. Planeta, México.

Castañeda, Xochitl, et al, (2001), "El círculo de lo sagrado y lo profano: regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales", en: Stern Claudio, et al, Documentos de trabajo No. 6, Sexualidad, salud y reproducción. Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción, El Colegio de México-Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, 73 – 88.

Castro, P.R. (1996), "*La reproducción y la y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones: algunos hallazgos de una investigación en Ocuilco, México*", Ponencia presentada en Seminario Sexualidad, identidad y Género, del Programa de Salud Reproductiva de el Colegio de México.

Censo de Población y Vivienda, 2010, INEGI.

Cervantes Carson, Alejandro, (1998), "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", en: Careaga Pérez, Gloria, et al, *Ética y salud reproductiva*, UNAM-PUEG, México, pp. 317 – 348.

_____ (2000), "Políticas de Población, control de la fecundidad y Derechos reproductivos: Una Propuesta analítica", en: Brígida García (Coord.), *Mujer, Género y Población en México*, COLMEX, México, 363 – 429 pp.

_____ (2001), "Universalización, desigualdad y ética", en: Figueroa Perea, Juan Guillermo, *Elementos para un Análisis Ético de la Reproducción*, Programa Universitario de Estudios de Género-Programa Universitario de Investigación de Salud, México, pp. 41-74.

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo, Egipto, 1994.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Población total, indicadores, índice y grado de Rezago Social*.

Consejo Nacional de Población, (2000), *Cuadernos de Salud Reproductiva. Distrito Federal*, México, 71 pp.

_____ (2011), *Perfiles de Salud Reproductiva. México*, México, 89 pp.

Correa Sonia, (2001), “Salud reproductiva, género y sexualidad: legitimación y nuevas interrogantes”, en: Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (Coord.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, pp. 127 – 153.

Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995.

Chomsky, Noam, (1997) *Pocos prósperos, muchos descontentos*, Siglo XXI, México.

De Barbieri, Teresita, (1999), “Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México”, en : Ortiz-Ortega, Adriana (Comp.), *Derechos reproductivos en México: un debate sobre justicia social*, EDAMEX-UA/X., 101-145 pp.

Del Val, José, (1999), “La población indígena y el desarrollo” en: *Demos. Carta Demográfica sobre México*, México, pp. 28 – 29.

Echarri Carlos, (2000), “Salud Materno Infantil y Condición de la Mujer”, en Brígida García (Coord.), *Mujer, género y Población en México*, México, El Colegio de México, 103 – 165 pp.

Espinosa Damián, Gisela, (2000), (Coord.), *Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, UAM- Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-El Atajo, México, 395 pp.

Espinosa Gisela y Lorena Paz, (2004), *Metodología Participativa para el Diagnóstico Socioeconómico de Regiones Rurales*, UAM-X, Circo Maya, México, 96 pp.

Feixa, Carles, (1998), “Del Neolítico al Neón”, en *El Reloj de Arena*, Culturas Juveniles en México, Secretaría de Educación Pública, Causa Joven, Colección Jóvenes No. 4, México, pp. 17 – 34.

Fernández Ham, Patricia, et al, (2001), “Introducción” en: CONAPO, *Comportamiento reproductivo de la población indígena*. Serie Documentos Técnicos, México, 36 pp.

_____, (2003), “Tendencias en la mortalidad y fecundidad indígenas. Comparación con la población nacional” en: Documentos de trabajo No. 13, Sexualidad, Salud y Reproducción. *Salud y Derechos Reproductivos en Zonas Indígenas de México. Memoria del Seminario de Investigación*, El Colegio de México- Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, 17 - 21 pp.

Figuroa, Juan Guillermo (Coord.) (1998), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, Colegio de México, México.

_____ (1999), “Algunos desencuentros al normar servicios sobre salud reproductiva: Un apunte desde la experiencia de las organizaciones no gubernamentales”, en: Soledad González Montes, *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, El Colegio de México, México, 139 -172 pp.

_____, (2000) “Fecundidad, Anticoncepción y derechos reproductivos”, en Brígida García, *Mujer, Género y población en México*, El Colegio de México, México, 61 - 101 pp.

Figuroa Perea J. G. y C. Stern, (2001a) (Coords.), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas Públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México, 236 pp.

Figuroa Perea, Juan Guillermo y Cristina Fuentes Zurita (2001b), “Una reflexión ética sobre los derechos humanos: el contexto de la reproducción de las mujeres jóvenes”, en: Figuroa Perea (Coord.), *Elementos para un Análisis ético de la reproducción*, México, UNAM-PUEG-UNAM, PP. 75- 97.

Formenti, Silvia, (2005), *Educación sexual, adolescencia y sexualidad. Diseño de Proyectos*, Lugar editorial, Buenos Aires, 77 pp.

Foro Nacional de Salud de las Mujeres y Políticas de Población, (1999), *Retos y Obstáculos de la salud sexual y reproductiva. Pobreza y Desarrollo en México*, México, 20 pp.

Galván, E., *La Jornada*, 15 de enero, 2014, p. 31

García, Brígida (2000), “Mujeres, pobreza y cambio demográfico en los países en desarrollo”, en: López María de la Paz y Vania Salles (Comp.), *Familia, Género y Pobreza*, Miguel Ángel Porrúa-GIMTRAP, México, pp.107- 134.

García, Canclini Néstor, (2003), *Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Grijalbo, México, 365 pp.

González, Montes Soledad, (1999), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, El Colegio de México, México, 15-51 pp.

_____, (2003), “Desindianización y transición demográfica. Un estudio de caso en el Valle de Toluca”, en: González Montes, Soledad, Documentos de Trabajo No. 13, Sexualidad, salud y reproducción. *Salud y Derechos Reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de Investigación*, El Colegio de México-Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, 18 – 20 pp.

Guía de los Derechos Humanos de las Mujeres, Academia Morelense de los Derechos Humanos, Salud Integral para la Mujer, INDESOL, s/f.

Guía Práctica para la Operación Exitosa de los Prevenmóviles, 2008, CENSIDA-COLECTIVO, 63 pp.

La Jornada, 20 de agosto de 2012, p. 41

Kabeer, Naila (1998), *Realidades trastocadas. Las jerarquías del género en el pensamiento del desarrollo*, UNAM, Paidós, México, 346 pp.

Lamas, Marta (2002), *Cuerpo, diferencia sexual y género*, Taurus, México.

_____, (2006), *Feminismo. Transmisiones y retransmisiones*, Taurus, México, 166 pp.

Lesli, Joanne, et al, (2001), “La definición de la salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres”, en: Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (Coord.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, pp. 165 – 192.

Martínez, Salgado Carolina, (2001), “Cuatro líneas de reflexión en torno a los elementos sociales de la salud reproductiva”, en, Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (Coord.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, pp. 115 – 126.

_____, (2002), “Introducción al trabajo cualitativo de investigación”, en: Szasz, Ivonne, Susana Lerner (Comps.), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México , pp. 33 – 56.

Matamala, Vivaldi María Isabel (1999), *Mujeres y control social en salud: ¿Hacia una potenciación de género?*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).

Mejía, Consuelo (2001), “Normas y valores de la iglesia católica en la sexualidad y la reproducción: nuevas perspectivas” en: Figueroa Juan Guillermo y Claudio Stern, (Coords.), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas Públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México, pp. 101 – 121.

Melgoza, Magaña María Eugenia, Et al, (2002), *Adolescencia: Espejo de la sociedad actual*, Edit. Lumen, México, 187 pp.

Minello, Martíni Nelson, (2001), “La normalización esteriliza. Conceptuar pero no cristalizar, comentario”, en: Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (coord.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, pp. 155 – 163.

Olivares, Ferreto Edith y María de Jesús Trejo Castillo; *Diagnóstico sobre los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes indígenas del Estado de Hidalgo*, Instituto Hidalguense de las Mujeres, Pachuca, s/f; 162 pp.

<http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Hidalgo/hgometa14.pdf>

Ortiz –Ortega, Adriana (1999), *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, EDAMEX-UAM/X, México, 375 pp.

Pando, Manuel y Martha Villaseñor, (2002), “Modalidades de entrevista grupal en la investigación social”, en: Szasz, I. y Susana Lerner (Comps.), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, pp. 225 – 242.

Pérez, Duarte Elena, (1998), “La maternidad: relato de una contradicción”, en: Careaga Pérez, Gloria, et al, *Ética y salud reproductiva*, UNAM-PUEG, México, pp. 407 – 421.

Pozas, Ricardo, et al, (1998) *Los indios en las clases sociales de México*, S. XXI, México, 183 pp.

Prontuario de Información Geográfica Municipal de los Estados Unidos Mexicanos, 2009.

Reyes, Emma, et al, (2002), “Elementos críticos del proceso de crianza y la socialización de las hijas y los hijos”, en: Figueroa Perea, Juan Guillermo, (Coord.) 2002, *Ética, Religión y Reproducción. Apuntes para una discusión*, Católicas por el Derecho a Decidir, México, pp. 237-267.

Rojas, Olga Lorena, (2001), Documentos de trabajo No. 7, Sexualidad, Salud y Reproducción. *El debate sobre los derechos sexuales en México*, El Colegio de México- Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, 30 pp.

Román, Pérez Rosario, et al, (2001), “Riesgos Biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica”, en: Stern Claudio y García Elizabeth, Documentos de Trabajo No. 6, Sexualidad, salud y reproducción, *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México*, COLMEX, pp. 33 – 56.

Rosales, Mendoza, Adriana L., Samantha Mino Gracia (Coords.) (2012), *La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención*, SIPAM/INDESOL, México, 137 pp.

www.upnedusex.org/curso/biblioteca/sexualidad_y_ciencias_sociales/seccion4/Salud-sexual-indigenas_Rosales-y-Mino.pdf

Salles, Vania y Rodolfo Tuiran (2000), “¿Cargan las mujeres con el peso de la pobreza?” en: López María de la Paz y Vania Salles (Comp.), *Familia, Género y Pobreza*, Miguel Ángel Porrúa-GIMTRAP, México, pp. 47 – 94.

Salles, Vania y Rodolfo Tuiran, (2001), “El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?”, en: Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (coord.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, pp. 93 – 113.

Secretaría de Salud, México, (2006), *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*, México, 72 pp.

_____, (2008), *Programa de Acción Específico 2007 – 2012. Salud Sexual y reproductiva para Adolescentes*, México, 51 pp.

_____, (2008), *Programa de Acción Específico 2007-2012. En respuesta al VIH e ITS*, México, 79 pp.

Sidicaro, Ricardo (2008), “La Sociología según Pierre Bourdieu por Ricardo Sidicaro”, en: Bourdieu Pierre, et al, *Los Herederos. Los estudiantes y la cultura*, S. XXI, México, pp. 189.

Schiavon, Raffaella, “Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente”, (2008), en: Stern Claudio (Coord.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Colegio de México, Population Council, México, pp. 301- 323.

Stern, Claudio y Diana Reartes, (2001), Documentos de trabajo No. 5, Sexualidad, Salud y Reproducción. *Programas de salud reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal estudio de dos servicios de atención*, El Colegio de México - Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, 69 pp.

_____, (2001), Documentos de trabajo No. 6, Sexualidad, salud y reproducción. *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción*, El Colegio de México – Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, 139 pp.

_____, (2001), “Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente”, en: Stern C. y Juan Guillermo Figueroa, (Coord.), *Sexualidad y Salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, COLMEX, México, pp. 331 – 358.

_____, (2008), (Coord.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, EL Colegio de México, Population Council, México, 416 pp.

Szasz, Ivonne, (2000a), "La perspectiva de género en el estudio de la migración femenina en México", en: García, Brígida, (Coord.), *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México, México, pp. 167 – 209.

_____, (2000b), "Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México", en: *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México, 305 p. .

_____, (2001), Documentos de trabajo No. 3., Sexualidad, salud y reproducción, *Significados de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción. Análisis de entrevistas en profundidad a 13 mujeres que se practicaron la cirugía anticonceptiva en una zona rural del centro de México*, COLMEX, México, 37 pp.

Szasz, Ivonne, Susana Lerner (Comps.) (2002), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, 256 pp.

Villaseñor, Martha, (2002), "Dilemas éticos de la educación sexual y reproductiva de hijos e hijas adolescentes", en: Figueroa Perea, Juan Guillermo, (Coord.) *Ética, Religión y Reproducción: Apuntes para una discusión*, Católicas por el Derecho a Decidir, México, pp. 305 – 324.

_____, (2008), "¿Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la sexualidad y la educación sexual?", en: Stern Claudio (coord.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Colegio de México, Population Council, México, pp. 73 - 114.

Zapata, Martelo Ema, et al, (1994), *Mujeres rurales ante el nuevo milenio*, Colegio de Posgraduados, México.

Zúñiga, Elena (2008), "La situación demográfica de los Jóvenes," en Stern Claudio, (Coord.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, COLMEX, Population Council, México, pp. 27- 57.

Fuentes electrónicas:

<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/cara.aspx>

<http://www2.pathfinder.org/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/spmaking.pdf>

<http://servicioamigable2.blogspot.mx/>

<http://www.jornada.unam.mx/2012/09/26/sociedad/049n2soc>

<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/declaramin.pdf>

<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>

<http://www.sep.gob.mx/wb/sep1/bol2010708#.VBNAcPmSy0g>

(www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/its.html).

<http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Hidalgo/hgometa14.pdf>

ANEXOS

Formato de Entrevista Auto-Aplicada (EA-A).

Presentación de Resultados de la EA-A en Cuadros y Tablas Informativas.

Formato de Ficha de Identificación de Necesidades

Formato de Entrevista Auto- Aplicada (EA-A).

Fecha: _____

LA ENTREVISTA- AUTOAPLICADA NO ES PARA CALIFICAR CONOCIMIENTOS.

Tus respuestas e información deben de ser claras. Gracias por tú participación

I. DATOS BÁSICOS

Edad:			
Grado Escolar: (Anota si estas cursando, <u>1er, 2º o 3er grado</u>)			
Sexo:	Mujer:	Hombre:	
Actualmente estás viviendo con las siguientes personas:	Papá:	Mamá:	Otra situación:
Nombre de la localidad donde vives:			

Para cuidar y atender tu salud física asistes a:			
Centro de Salud:	Consulta particular:	IMSS:	Otra situación:

¿Hablas y dominas la lengua mazahua?	
Si:	No:

Entre tus familiares, quienes sí hablan la lengua mazahua:	
Mamá:	
Papá:	
Abuelas:	
Abuelos:	

II. El término Salud Sexual y Reproductiva se refiere al conjunto de comportamientos, actitudes, preferencias y papeles estructurados a partir de los cuales Mujeres y Hombres de distintas edades y en distintas etapas, van dando forma a su entorno sexual y reproductivo. Salud sexual y reproductiva hace referencia también al acceso de servicios e información que existen y que cada quien pueda conocer.

SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, TÚ ESTAS:	En esta columna, marca con una “paloma” el nivel de información que crees tener.
1. Regular o medianamente informada/o.	
2. Nada informada/o.	
3. Muy informada/o.	

A. RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN.

¿Cómo definirías el término “sexo seguro”?

¿Y qué es “Sexo Protegido”?:

Para las y los jóvenes, de las comunidades donde vives ¿cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?

¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales? Verdadero _____ Falso _____ No se _____

¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?

Verdadero _____ Falso _____ No se _____

B. VIH-SIDA.

El VIH ¿Cómo se transmite? _____

El VIH ¿Cómo se previene? _____

Utiliza los números del 1 al 7 y ordena en la columna de la derecha, los pasos a seguir para el USO DEL CONDON:	
Colócalo sobre la base del pene erecto, desenrollando el condón hasta la base del pene.	
Después de eyacular y antes de que deje de estar erecto, sujeta el condón desde la base para sacar el pene.	
Verifica para qué lado se desenrolla el condón.	
Abre el condón y sácalo de su empaque.	
Verifica la fecha de caducidad.	
Presiona con las yemas de los dedos el receptáculo del condón.	
Retira el condón y tíralo a la basura.	

C. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Marca con una “paloma” las ITS de las que hayas escuchado alguna información:

Sífilis (), Gonorrea (), Tricomonas (), Hepatitis () Clamidia ().

En la actualidad todas las Infecciones de Transmisión Sexual son curables.

Verdadero _____ Falso _____ No se _____

Los condones son efectivos para evitar las Infecciones de Transmisión Sexual.

Verdadero _____ Falso _____ No se _____

Los condones son efectivos para evitar la transmisión del VIH.

Verdadero _____ Falso _____ No se _____

D. UNIÓN DE PAREJA.

¿Entre las mujeres jóvenes de tú comunidad, cuál es la edad para que inicien su vida sexual?

¿Y cuál es la edad ideal para que los hombres jóvenes de tú comunidad inicien su vida sexual?

¿Cuál es la edad ideal para que las mujeres de tú comunidad vivan una relación de pareja, (ya sea en unión libre o casadas)? _____

¿Cuál es la edad ideal para que los hombres vivan una relación de pareja, (ya sea en unión libre o casados)? _____

E. “EMBARAZOS NO DESEADOS”,

En la columna de la derecha, marca con una “paloma” los métodos anticonceptivos que TÚ creas que tienes INFORMACIÓN COMPLETA Y CLARA.	
Pastillas anticonceptivas.	
Inyecciones anticonceptivas.	
Condomes.	
Dispositivo Intrauterino (DIU).	
Ritmo.	
Vasectomía (Operación que se realizan los hombres).	
Salpingoclasia (Operación que se realizan las mujeres).	
Retiro o coito interrumpido.	
Otro (especifica):	

¿Qué significa para ti, un “Embarazo No Deseado”? _____

¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?

F. MATERNIDAD EN SOLTERÍA.

En la comunidad donde vives, qué pasa con LAS JÓVENES que son madres solteras ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan?

¿Y qué pasa o qué hacen LOS JOVENES de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente”?

Presentación de Resultados de la EA-A en Cuadros y Tablas Informativas⁷³

Los cuadros y tablas informativas que aquí se presentan, corresponden a la primera y segunda sección de la EA-A.

Particularmente, las tablas informativas de la segunda sección, tienen anotado un número y, a partir del análisis de la categoría VIH- SIDA, se anota el número consecutivo y además, se agrega la letra **m** o **h**, según sea el sexo de la/el participante.

Se ha denominado TABLA INFORMATIVA al formato que se presenta, por ser una opción que permitió concentrar datos relevantes y significativos de las respuestas de las/os participantes. El objetivo de estas tablas, ha sido concentrar y enunciar citas breves de las principales argumentaciones de las/os participantes, respecto a cada uno de los componentes revisados en materia de salud sexual y reproductiva. Son reproducciones literales y extractos de las respuestas de cada EA-A, permiten tener presente, información y sentido de las respuestas de cada participante.

⁷³ Elaboración Propia

I. DATOS BASICOS

CUADRO 1

Plantel	No. total participantes en la Entrevista Auto-aplicada	Grupos por grado escolar		Alumnas/os por sexo y grado ⁷⁴ escolar			Cohortes de edad por grado escolar
					M	H	
Escuela Preparatoria Oficial No. 239. Ubicada en la localidad de Mayorazgo, Mpio. de San Felipe del Progreso.	68	1°	1	36	12	24	14 a 18
		2°	1	18	10	8	16 a 18
		3°	1	14	6	8	16 a 19
					28	40	

CUADRO 1.1

Con quien vives actualmente	Papá y mamá	Sólo mamá	Solo papá	Otra situación
68 personas Participantes	50	9	6	2 personas viven con sus abuelos. 1 persona anotó la siguiente respuesta: "personal"

⁷⁴ La eficiencia terminal educativa en el plantel escolar indica elevados niveles de deserción, situación que se agudiza sin duda alguna en el 3er y último grado escolar.

CUADRO 1.2

Nombre de las localidades, barrios o rancherías donde viven
Dotegiare, San Francisco de la Loma, Ranchería la Carrera, La Purísima Concepción Mayorazgo, San Juan Rioyos, Barrio Santa Cruz, Ranchería la Soledad, San Pablo Tlalchichilpa, Ejido La Concepción Chico, Ranchería La Ciénaga, Barrio El Salto, San Antonio, Choteje, Rioyos Buenavista, El Porvenir, San José del Rincón, San Onofre Centro, San Jerónimo de los Dolores, Barrio las Torres, San Lucas Ocoatepec, Mayorazgo Emiliano Zapata, Calvario Buenavista, El Tunal, Guadalupe del Pedregal, Barrio, Boreje, 2ª secc., Choteje, San Francisco Soló

CUADRO 1.3

	Centro de Salud	Consulta particular	IMSS	Otra situación
Para cuidar y atender tu salud física, asistes a:	57	7	3	1 persona contestó: en Hospital del DF

CUADRO 1.4

Las y los participantes hablan o dominan la lengua mazahua.		Quiénes si hablan la lengua mazahua.				
SI	NO	Papá	Mamá	Abuelos	Abuelas	Otra situación o respuesta
4	64	21	28	37	51	8 personas no contestaron quienes de sus familiares si hablan el idioma mazahua.

II. SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El término Salud Sexual y Reproductiva se refiere al conjunto de comportamientos, actitudes, preferencias y papeles estructurados a partir de los cuales Mujeres y Hombres de distintas edades y en distintas etapas, van dando forma a su entorno sexual y reproductivo. Salud sexual y reproductiva hace referencia también al acceso de servicios e información que existen y que cada quien pueda conocer.

CUADRO 2

	Sobre salud sexual y reproductiva, TÚ estás:								
	Regularmente informada/o			Nada informada/o			Muy informada/o		
	Grado escolar			Grado escolar			Grado escolar		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Mujeres participantes	9	9	5	1	0	0	2	1	1
Hombres participantes	22	5	7	0	0	0	2	3	1
Gran total	31	14	12	1	0	0	4	4	2

TABLA INFORMATIVA

A. Relaciones Sexuales Sin Protección

	Sexo Seguro	Sexo Protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
1	Que ambas personas se cuiden y ninguna tenga ITS	Que usen algún MA, tanto hombres y mujeres	Un embarazo no deseado, ITS.		F		V		
2	Cuando alguien está seguro de sí mismo y usa preservativo	Cuando no usa preservativo	ITS		F		V		
3	Si tienes relaciones sexuales utilizar algún MA	Cuando utilizas algún método para protegerte	El tener hijos no deseados, ITS y tener problemas con sus familiares		F		V		
4	Pues protegiéndote	Pues usar algún MA	Tener un embarazo no deseado e ITS	V			V		
5	Cuando se protegen	Cuando ambos como pareja usan MA	Tener una enfermedad, quedar embarazada en el momento que ellas no están preparadas y esto puede afectar tanto a ella como en la familia y tener consecuencias en el futuro.			Ns			Ns
6	Que ambas personas estén de acuerdo y usar protección	Cuando al tener relaciones sexuales usan protección como el condón	Embarazos no deseados, ITS y otro tipo de riesgos			Ns	V		
7	MA que cuidan a las parejas de forma segura	Usando MA como condones, pastillas, parches, etc.	Podrían salir embarazadas o tener una enfermedad contagiosa		F		V		
8	Tener yo un matrimonio (estar casados)	Tener relaciones con MA	El embarazo, contagiarse de alguna enfermedad		F		V		

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
9	Es una etapa donde todos los adolescentes debemos cuidarnos y protegernos durante las relaciones sexuales, usar condón u otro tipo de MA	Cuando una persona se cuida y usa algún tipo de MA pero sin dañar su salud	Pueden llegar a tener un embarazo no deseado y de ahí surgen los problemas en la familia tanto para las mujeres y los hombres es una gran responsabilidad	V			V		
10	Como un medio en el cual tú y la pareja hablan de este tema y así mejoran ese entorno	Protegerse cuando tú y tú pareja tienen relaciones sexuales ya sea con un MA	Quedar embarazada, Contraer una enfermedad, el rechazo de la sociedad		F		V		
11	Al tener relaciones sexuales utilicen algún método de seguridad, como condón, pastillas	Tener relaciones sexuales con condón	Que a temprana edad lleguen a embarazarse		F		F		
12	Ser cuidados y usar protección para no contraer una ITS	Usar un MA para evitar los embarazos no deseados	Que puedan contraer una ITS			Ns	V		
13	Sentirse bien física y psicológicamente y usar algún método para no contraer enfermedades o quedar embarazada	Usar algún tipo de método de barrera como el condón	Quedar embarazadas y después el padre no se hace responsable a contagiarse de alguna ETS		F		V		
14	Al tener relaciones sexuales utilizas algún método eficaz y sabes que te va a funcionar y puedes tener una relación con seguridad	Que personas tengan sexo con algún método que sea eficaz	Que personas queden embarazadas		F		V		
15	Que cuando tengas relaciones sexuales estes seguro un 100% de que no quedas embarazada	Que cuando tengas relaciones sexuales utilices algún preservativo	Quedarse embarazada, tener ETS		F		V		
16	Al tener relaciones sexuales ambos sexos tomen precauciones para evitar un embarazo no deseado o ITS	Cuando llevas a cabo el método de protección	Los embarazos a temprana edad y que a consecuencia de eso obtengan infecciones de transmisión sexual: sida, herpes, gonorrea, etc	V					Ns
17	Se trata de tener protección a la hora de tener relaciones sexuales, utilizar condón	Es cuando tomas todas las precauciones para no quedar embarazada, tener información	Atraer una enfermedad o infección, o embarazo no deseado		F		V		

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo Protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
18	Tener relaciones sexuales con protección	Cuidarse con métodos que ayuden a no contraer infecciones de transmisión sexual	Contraer ITS como VIH-sida, gonorrea, sífilis, etc que en un determinado lapso hasta les puede causar la muerte		F		V		
19	Seria de acuerdo con el tipo de sexo seguro que somos cada uno de nosotros, definir bien si somos también mujer	Tener relaciones con protección	Quedar embarazada a temprana edad o bien poderse contagiar de alguna ETS		F		V		
20	Cuando alguien tiene relaciones sexuales con protección y conscientemente de lo que esta haciendo	Cuando usas protección	Quedar embarazada, hay muchos otros casos en que no hay riesgo de embarazo, contraer una ETS	V			V		
21	Que cuando dos personas tengan sexo usen condón o algún MA	Que las personas al tener sexo cuiden ese momento	Que tengan enfermedades como el sida o también conocido como VIH o la gonorrea		F		V		
22	Tanto el hombre como la mujer deben usar un método de protección para evitar un embarazo o ETS	Usar un método de protección	Embarazos no deseados tener una responsabilidad dejar de estudiar tener que trabajar		F			F	
23	Se cuidan al tener relaciones sexuales	Es cuando ambos se cuidan al tener relaciones sexuales	Salen embarazadas a temprana edad por no usar protección		F		V		
24	Utilizando protección como los MA	Cuando utilizamos MA como condones, las pastillas del día siguiente	El embarazo a temprana edad o ETS		F		V		
25	Es cuando una pareja se cuida al tener relaciones sexuales	Cuando usan los MA	Aparte de que tendrán un hijo/a, que a la mejor no tendrá recursos necesarios para que los 3 como familia salgan adelante		F		V		

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo Protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
26	Tener relaciones sexuales pero usando un anticonceptivo	Cuando se utilizan los preservativos u otro tipo de anticonceptivos	Los embarazos no deseados en las mujeres y para ambos las ETS			Ns	V		
27	Usar protección	Usar algún tipo de protección para no enfermarse	Salir embarazadas o tener algunas enfermedades		F		V		
28	Es una actividad en donde no dejas que tu pareja o tú se contagien de algún virus	Es cuando utilizas MA	Estar embarazada al estar muy pequeña, ser menor de edad y que el bebé nos e pueda desarrollar bien o que nazca con alguna enfermedad		F			F	
29	No hay sexo seguro aunque utilicemos un MA, ni uno es 100% seguro	Utilizar algún preservativo	Quedar embarazadas o contraer alguna enfermedad y para los jóvenes una o varias enfermedades		F			F	
30	Tener relaciones con mi novia y cuidarnos con algún MA como el condón	Cuando se tienen relaciones sexuales con condón u otro MA	Quedar embarazada y a partir de eso se derivan muchas consecuencias, como el abandono de la escuela, rechazo de la familia y terminar como madre soltera	V			V		
31	Saber lo que estás haciendo y con quien lo haces	Es cuando te cuidas tú y tú pareja	Un embarazo no deseado y si la persona esta contagiada de alguna enfermedad puede que te contagies tú también	V			V		
32	De tener seguridad y relación entre si	Es tener una relación entre personas	Estar embarazada, abortar el bebé, terminar mal, no tienen un techo donde vivir.	V			V		
33	Yendo al doctor y que él nos diga cuál es el método más seguro para sentirnos seguras de qué hacemos	Utilizando MA, como el condón	Un embarazo no deseado, enfermedades, discusiones entre familia, "alejamiento". Hablar mal de las personas, como todos los conoces salieron con su domingo 7, críticas.	V					Ns

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
34	Tener relaciones sexuales preventivamente y estar muy informada acerca de lo que se trata, las chavas, los chavos deben de informarse	Tener relaciones sexuales protegidamente sin ningún problema	Quedar embarazada o infectarse de alguna enfermedad contagiosa		F		V		
35	Que todos los elementos no se determinan	Es cuando tengas algo que ver en las situaciones ⁷⁵ llevadas en segurarse	Algunos elementos de no llevarse a cabo con las y los chavos que hoy en día nosotras nos presentarse ⁷⁶			Ns	V		
36	Que debes de estar muy informada y tener la información necesaria	Que tienes que protegerte con protecciones en la sexualidad y tener toda la información	ETS y embarazos no deseados	V			V		
37	El utilizar algún método	Cuando utilizas el condón femenino y si falla sabes que tu pareja te apoyaría	Vih- sida, embarazos no deseados, infecciones		F		V		
38	Estar bien informado acerca de este tema utilizar los métodos que me hay en un día que tener una vida sexual con precaución	Cuando te cuidas para no tener hijos	Quedar embarazada aun cuando existen muchos anticonceptivos hoy en día los chicos sólo tienen sexo sin tener bien claro en las consecuencias sólo experimentan y cuando ven las consecuencias algunos hasta yegan al punto de aborto ⁷⁷		F		V		
39	Que los dos estén de acuerdo con tener relaciones y que no se presionen uno mismo y que estén seguros	El sexo protegido se hace con una protección para que no ocurra salir embarazada o contagiarte de alguna enfermedad	De que puedan salir embarazada en el caso de las chavas y en el caso de los chavos no le perjudican mucho			Ns	V		

⁷⁵ Sic

⁷⁶ Sic

⁷⁷ Sic

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
40	Cuidarse al momento de tener relaciones sexuales con algún MA	Es cuidarse con algún MA	Estar embarazada, es tener una gran responsabilidad...los adolescentes piensan que no pasará nada o no tienen el conocimiento sobre cómo cuidarse al momento de tener relaciones sexuales		F		V		
41	...la consciencia de lo que estas asiendo ⁷⁸ y usas protección para evitar riesgos	Cuando te proteges con los MA para evitar riesgos	Quedan embarazadas y su novio no quiere a serse cargo del bebé y asi es como las jovencitas de mi pueblo sacan adelante a sus hijos sin necesidad de nada eso es por no cuidarse o no tener consciencia de lo que estan asiendo ⁷⁹		F		V		
42	Al tener relaciones usar protecciones anticonceptivos	Al tener relaciones te cuides para no sufrir ciertos riesgos	Salir embarazada y que el embarazo sea no deseado ya que eso los lleva a abortar			Ns	V		
43	Prote ⁸⁰ jerte para no embarazarte y tener buena vida para no causar una enfermedad	Protejerte con condón, tomar pastillas etc.	El sida o quedarse sin pene en el caso de los hombres o también provocar una enfermedad			Ns	V		
44	Yo supongo que es cuando tienes relaciones sexuales y usas protección o algún otro método	Es cuando usas algún método para que la chava no se embaraze ⁸¹	Yo conozco a xavos ⁸² que tienen relaciones y pues lo hacen sin cuidarse para ello seria a la xava quedar embarazada o muchas veces transmitirse una enfermedad			Ns			Ns

⁷⁸ Sic

⁷⁹ Sic

⁸⁰ Sic

⁸¹ Sic

⁸² Sic

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
45	..es utilizando MA como el condón o pastillas pero lo más seguro es el condón para evitar una infección	... es cuando te cuidas y usas anticonceptivos	... es una infección al hombre o a la mujer y lo otro sería un embarazo no deseado para la mujer que práctico el sexo		F		V		
46	Aserlo ⁸³ seguro	Cuando te proteges	Enfermedades y hijos ⁸⁴	V			V		
47	El tener una medida preventiva para evitar problemas más adelante	El tener a la mano un MA seguro	Que las muchachas queden embarazadas y los muchachos tienen que aserse ⁸⁵ responsables para prevenir estos males	V				F	
48	Sería utilizando anticonceptivos para no contraer alguna enfermedad	Pues sería cuando tu pareja y tú piden información sobre tener relaciones sexuales para no contraer enfermedades o queden embarazadas	Quedar embarazadas en el caso de las mujeres y los jóvenes alguna enfermedad de transmisión sexual			Ns	V		
49	Tener conciencia de lo que estás haciendo y con protección	Usar un MA usualmente el condón	Embarazos no deseados, enfermedades venéreas que son sífilis, gonorrea entre otras		F			F	
50	Cuando dos personas estan seguras de tener relaciones sexuales para poder tener un hijo....una familia	Cuando usan un protector para tener relaciones sexuales por ejemplo el condón o las pastillas anticonceptivas	Quedar embarazada o también tener una enfermedad como el sida, el papiloma humano, el herpes o también otras enfermedades	V			V		

⁸³ Sic

⁸⁴ Sic

⁸⁵ Sic

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
51	Utilizar un MA como el condón	Protegerse contra las enfermedades que hay	Llegar a tener un hijo o estar contagiada por un virus	V			V		
52	..es como las dos personas están protegidas y pues aunque tienen relaciones no pasa nada	.. es cuando dos personas de distinto sexo están protegidas sobre cualquier circunstancia	.. estar embarazada		F		V		
53	Que al momento de tener relaciones se protegiera con un MA	Se refiere a que cuando una persona al momento de tener relaciones use un MA	Que puede contraer una enfermedad o que puede embarazarse	V			V		
54	.. las parejas tienen relaciones con condón ya lo están haciendo seguro	Que las persona agan las relaciones con condón	Que en alguna relación sexual se puedan contagiar de una enfermedad como el VIH-sida		F			F	
55	Lo definiría sabiendo en que tiempo y forma lo haría y con que MA	El que se ase con MA como pastilla del otro día, el condón entre otros	Es tener un hijo dependiendo de la persona porque puede estar muy informado o no como los de bajos recursos para poder comprar los métodos para poder tener sexo	V			V		
56	Cuando están informados sobre cómo tener relaciones sexuales con la pareja o novia	..al momento de tener relaciones sexuales uses protección como condones o anticonceptivos	...que las mujeres queden embarazadas y en algunos casos los hombres las dejen solas y se van, además dejan sus estudios			Ns	V		
57	Al ver que tu pareja no tenga ninguna enfermedad	...cuando usas un preservativo por ejemplo: condón, pastillas, inyección, etc.	Tener hijos e infectarse de algunos de las enfermedades que padezca tu pareja			Ns	V		

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
58	..Usando el condón	Que no tienes ninguna enfermedad contagiada	Tienen hijos o se tienen que casar porque las obligan y pues aunque no se amen antes ellas se tienen que casar		F		V		
59	Es algo que tu tienes para prevenir un contagio	Es cuando tú te proteges antes de tener relaciones	Contagias de muchas enfermedades que existen en el mundo	V			V		
60	Al tener relaciones sexuales es recomendable usar MA y que las personas estén seguras de lo que van a hacer	Cuando usas algún MA al tener relaciones	Que la mayoría de las chicas quedan embarazadas si no se protegen		F		V		
61	Protegiéndote usando condón y las mujeres pastillas parches	Cuando te protejes y lo haces correctamente	Que tienen un embarazo no deseado		F		V		
62	Usando protección sexual para que no tengas enfermedades etc	Es donde usas protección	... Cuando vas a tener relaciones sexuales debes protegerte con el condón, parche, pastillas etc. para que no te enfermes ⁸⁶	V			V		
63	Seria cuando no corres el riesgo de embarazarte o en otro caso quedar embarazada	Es cuando usas un anticonceptivo	En algunos casos quedar embarazada o infectarte de algun enfermedad			Ns	V		
64	Al usar algún preservativo para no contagear o no nos contagemos de alguna ETS ⁸⁷	Usar preservativos	Embarazos no deseados, ETS	V			V		

⁸⁶ Sic

⁸⁷ Sic

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION

	Sexo Seguro	Sexo protegido	Para las/os jóvenes de las comunidades donde vives ¿Cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?	¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
				V	F	No Se	V	F	No Se
65	... es mejor utilizar MA como el condón, etc	Estar seguro de lo que va a ser con la persona ⁸⁸	Terminan teniendo hijos y se tienen que hacer cargo del bebé			Ns	V		
66	...utilizando MA para estar seguro de no contagiarse de alguna enfermedad	En que las personas que tienen relaciones están de acuerdo los dos	Si quedan embarazadas las niñas y el hombre si esta estudiando dejarlo para dedicarse a trabajar y ser padres a corta edad al igual casarse		F		V		
67	Estar seguro de alguna cosa de sexualidad o estar más informado sobre la sexualidad	Tener relaciones con protección para que no te puedan dar una enfermedad	Que pueda ser un embarazo no deseado al no tener responsabilidad no usan protección por eso hay mucho embarazo no deseado		F		V		
68	Usando una segura protección	Cuando la joven toma algunas pastillas	Que pueden salir embarazadas			Ns	V		

CUADRO 2.1 RESPUESTAS A LAS DOS PREGUNTAS CERRADAS.

¿Impartir educación sexual en las escuelas y facilitar condones fomenta que las y los jóvenes tengan relaciones sexuales?			¿Los condones son efectivos para evitar embarazos no deseados?		
Verdadero	Falso	No Se	Verdadero	Falso	No Se
18	35	15	58	6	4
68 participantes			68 participantes		

⁸⁸ Sic

TABLA INFORMATIVA

B. VIH –SIDA

	¿Cómo se transmite?	¿Cómo se previene?	Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.	
			M	H
1-m	Teniendo relaciones sexuales sin protección	Con los tratamientos adecuados y teniendo una salud sana	Inc	
2-m	Por medio de la sangre o a través de relaciones sexuales	Con un condón	Inc	
3-m	Por tener relaciones sexuales sin protección. Por utilizar o picarte con alguien transmite por medio de la sangre	Tener relaciones con precaución y seguridad	Inc	
4-m	Pues teniendo relaciones sexuales	Usando los MA ya sea el condón u otros métodos	Corr	
5-m	A través de relaciones sexuales sin protección	Utilizando MA antes de las relaciones sexuales	Inc	
6-m	Esta enfermedad se transmite por tener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. También se puede transmitir por la sangre o nacer ya infectado porque las personas que te procrearon (padres) están infectados	Utilizando protección a la hora de tener relaciones sexuales, hacerle estudios a la persona que te tenga que donar sangre	Corr	
7-h	Por relaciones sexuales, por trasplante de sangre	Usando MA o el más importante no tener relaciones sexuales		Inc
8-h	Por medio de relaciones sexuales o trasmisión de sangre	El condón de la mujer y por el condón para el hombre y no tener relaciones sexuales se evita el VIH		Inc
9-h	Cuando una pareja tiene relaciones sexuales pero sin usar ningún tipo de MA	Usando algún tipo de MA y cuidándose		Inc
10-h	A través de las relaciones sexuales sin protección	Teniendo relaciones con protección		Inc

VIH –SIDA

	¿Cómo se transmite?	¿Cómo se previene?	Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.	
			M	H
11-h	Al tener relaciones sexuales con alguna persona que tenga esa enfermedad	..en 1mera llevar un tratamiento adecuado y ser muy cuidadoso en las cosas que agamos ⁸⁹		Inc
12-h	Por contacto sanguíneo o por relaciones sexuales	Cuando tengas relaciones sexuales usar condón para prevenirlo		Corr
13-h	Por tener relaciones sexuales sin protección o se puede contagiar mediante el uso de agujas o geringas ⁹⁰ ya usadas o por la sangre	Pues si tienes relaciones sexuales usando el condón, si utilizas agujas o geringas ya usadas esterilizarlas y en las transfusiones de sangre analizar esa sangre		Corr
14-h	Por tener relaciones sexuales con varias parejas o varias veces y sin usar un MA	Utilizando métodos efectivos o acudir al centro de salud a revisarse		Corr
15-m	... porque tienes o llegaste a tener relaciones sexuales sin utilizar el preservativo “condón” o ya sea porque la persona con la que tuviste sexo estaba enferma y contagiada	Se previene con sólo ir al chequeo médico ya el les dirá que hacer para que la enfermedad (VIH) ya no siga avanzando	Corr	
16-m	Vía sanguínea y cuando dos entes sostienen relaciones genito-sexuales	En la sanguínea no existe el cómo se puede prevenir pero en la genito sexual con la utilización del condón o con la simple abstinencia	Corr	
17-m	Por medio de la sangre semen leche materna	Utilizando el método más seguro que es el condón si ay ⁹¹ relaciones sexuales en varias cosas como la transmisión de sangre acer una análisis para ver que no contenga el virus	Corr	
18-m	Al tener relaciones sexuales con una persona que ya lo tiene o por medio dela cortadura de la persona que lo contrae hacia otra	Mediante tratamientos o si no no tener relaciones sexuales sin protección	Inc	

⁸⁹ Sic

⁹⁰ Sic

⁹¹ Sic

VIH –SIDA

	¿Cómo se transmite?	¿Cómo se previene?	Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.	
			M	H
19-m	... a través de relaciones sexuales con otra persona que esta contagiada de VIH que no sepa y que lo haga sin protección o bien por medio de la sangre	...primero debemos de ver con quien vamos a tener relaciones sexuales o bien usando una protección para no contagiarse	Inc	
20-m	A travez ⁹² de relaciones sexuales (sexo) a travez de una transfusión de sangre y a travez de la leche materna cuando una mamá que tiene VIH le puede contagiar a su bebé cuando lo esta amamantando	...teniendo relaciones sexuales con protección. Cuidar de que cuando alguien sangre tu no la toquez ya que puede estar contaminada	Corr	
21-m	Por medio de la transmisión sexual	Usando condón u otro MA	Corr	
22-m	Teniendo relaciones sexuales con una persona que es portadora del VIH y no protegerte	Protegerse o no tener relaciones sexuales con dicha persona	Corr	
23-m	Por tener relaciones sexuales sin protección	S/R	Inc	
24-m	Mediante relaciones sexuales o por sangre	No teniendo relaciones sexuales y no hacer transfusiones de sangre con VIH	Inc	
25-h	Al tener relaciones sexuales sin protección	Utilizando los MA		Corr
26-h	Teniendo relaciones sexuales sin protección	Teniendo la precaución y responsabilidad de cuidarse en las relaciones sexuales		Corr
27-h	Contacto sanguíneo y relaciones sexuales	Al tener relaciones sexuales con una persona y tiene el VIH Sida		Corr
28-h	..Por medio de relaciones sexuales. Otra es por un beso cuando su pareja están sencibles sus encías y a la hora de darle el veso ⁹³ las encías sangran pasándole el virus a la pareja	Usando condón a la hora de tener relaciones sexuales		Corr

⁹² Sic

⁹³ Sic

VIH –SIDA

	¿Cómo se transmite?	¿Cómo se previene?	Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.	
			M	H
29-h	...por tener relaciones sexuales sin utilizar protección estos erí de manera directa y en caso de la forma indirecta sería cuando una persona embarazada tiene el VIH se lo contagia al producto	Se puede prevenir si utilizas un método de barrera cuando tengan relaciones sexuales tal es el uso del condón		Corr
30-h	Teniendo relaciones sexuales con muchas personas y las cuales pueden estar infectadas con este virus el cual se contagio mediante los fluidos que desprende el hombre y la mujer mediante el coitousando el condón debidamente y lo más importante respetando a nuestro cuerpo y no ...acostando con una y otra mujer		Corr
31-h	Por medio de transmisión sexual	Evitando relaciones sexuales con personas infectadas y así prevenirte de la otra persona		Corr
32-h	A través de relaciones sexuales y sin usar protección o por la persona con la que ya lo isiste ⁹⁴ estaba infectada y se te transmite	Usando los MA como el condón		Corr
33-m	Con relaciones sexuales, si la persona sale embarazada el bebé igual puede contagiarse, por medio de transpaso ⁹⁵ de sangre	1. Usando MA, 2o ir al médico, 3º antes de donar sangre puede chearse	Corr	
34-m	Por medio de una persona que tiene relaciones sexuales con varias persona	Si tienes relaciones sexuales con una persona debe de protegerse a no tener relaciones con cualquier persona	Corr	
35-m	Se trasmete en situaciones de elementos que cuando lleven en la persona amada ⁹⁶	Por doctores y tratamientos nos da y no salir mucho a la calle	Inc	
36-m	Teniendo relaciones con muchas chavas o chavos.. y no usan protecciones	.. que sigan los pasos indicados que el médico indique y que tome sus medicamentos como lo indica el médico ⁹⁷	Corr	

⁹⁴ Sic

⁹⁵ Sic

⁹⁶ Sic

⁹⁷ Sic

VIH –SIDA

	¿Cómo se transmite?	¿Cómo se previene?	Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.	
			M	H
37-m	Mediante relaciones sexuales sin protección	Usando el condón, pues evita que te contagies	Corr	
38-m	Por medio de contacto en tener relaciones sexuales	Utilizando los MA	Corr	
39-m	Por tener relaciones sexuales, por tener una erida ⁹⁸ que no sane bien	No tener relaciones sexuales o si las tienen protegerse tomando medicamentos para que vivan más tiempo	Corr	
40-m	... teniendo relaciones sexuales ... con una persona infectada ya sea hombre o mujer...	Se previene con los MA, tú como persona tienes que estar informado (a) sobre como cuidarse momento de tener relaciones sexuales	Corr	
41-m	... por tener relaciones sexuales se puede transmitir por medio de la saliva o por donación de sangre o por alguna cortada	Utilizando las medidas correctas o ir con el doctor y que el lo explique todo lo que tiene que hacer y no porque tengan VIH los ase diferente	Corr	
42-m	... por tener relaciones con una persona infectada o por medio sanguíneo	... utilizar anticonceptivos al momento de tener relaciones sexuales o cuidarte de una persona que este infectada y te contagie por medio sanguíneo	Corr	
43-m	Al no usar protección o tener varias relaciones	Yendo ⁹⁹ al médico	Corr	
44-m	Por medio de transmisión sexual	La verdad ya no me acuerdo	Corr	
45-h	Por medio del contacto sexual de la mujer al hombre o del hombre a la mujer por no usar anticonceptivos	Utilizando MA como el condón		Corr
46-h	De muchas maneras	No se		Corr
47-h	A través del contacto sexual	No se puede prevenir		Inc
48-h	Se transmite por tener relaciones con alguna persona infectada	... con el uso de preservativos como los parches, condones, pastillas, inyecciones, etc		Inc
49-h	Por relaciones sexuales o transmisión de sangre o hereditario	Usando el condón un método muy eficaz para no tener el sida		Corr
50-h	Por medio de transmisión sexual o si no por tatuajes o inyecciones con agujas que ya fueron usadas por otras personas	Por medio de comunicación o si vas a tener relaciones sexuales con una persona protegiendose ¹⁰⁰ o si no cuando te van a inyectar o donar sangre revisar las agujas que sean nuevas		Corr

⁹⁸ Sic

⁹⁹ Sic

¹⁰⁰ Sic

VIH – SIDA

	¿Cómo se transmite?	¿Cómo se previene?	Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.	
			M	H
51-h	Cuando un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales sin un MA	Utilizando el condón porque es el efectivo para eso... se puede decir que es el más confiable		Corr
52-h	A través de relaciones sexuales...cuando una persona tiene relaciones sexuales con otro que puede estar enferma	A través de utilizar los MA como es el condón, métodos de barrera		Corr
53-h	Teniendo relaciones sexuales	Utilizando un MA		Corr
54-h	Por medio de relaciones sexuales y por no usar protección	Cuando tengan relaciones sexuales que utilicen una protección ya sea un condón o otra cosa		Corr
55-h	A través de tener sexo con una o varias personas con una puede que la ¹⁰¹ tenga el VIH y con varias personas se va evolucionando el VIH	Haciendo uso del condón o protegerse cuando tengamos sexo con otras personas ya sea pareja o alguna otra persona		Corr
56-h	Mediante las relaciones sexuales sin protección	Teniendo relaciones sexuales con protección y usando MA como el condón		Corr
57-h	Se transmite al tener relaciones sexuales sin protección	Se previene usando algún preservativo o si la persona ya está infectada acudiendo a terapias		Corr
58-h	Teniendo relaciones sexuales sin condón o con mujeres prostitutas que ya están contagiadas	Cuidándonos usando preservativos y no tener sexo con una desconocida que te diga si quieres tener relaciones		Corr
59-h	Teniendo relaciones sin protección	Ir a tú centro de salud para ver si tienes esa enfermedad y si la tienes ir con un especialista para que te ayude a controlarla		Corr
60-h	... al tener relaciones sexuales con varias personas o bien cuando tienes relaciones sexuales con una persona ya activa del VIH-SIDA	Se puede prevenir sólo teniendo relaciones sexuales con una sola persona o protegerse en ese momento		Corr
61-h	Por medio de la sexualidad y la sangre entre otras cosas etc.	A través de la sexualidad		Corr
62-h	Por medio de relaciones sexuales por ejemplo un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales y el hombre está infectado y es cuando infecta a la mujer	Tomando terapias u otras cosas		Inc
63-h	Teniendo relaciones sexuales	Usando MA		Corr

¹⁰¹ Sic

VIH - SIDA

	¿Cómo se transmite?	¿Cómo se previene?	Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.	
			M	H
64-h	Por medio de sangre que tenga esta enfermedad y por tener relaciones sexuales, al usar jeringas que están infectadas	Al usar un preservativo y esterilizar las jeringas		Corr
65-h	Se transmite a través del sexo	Utilizando condón		Corr
66-h	Por medio de relaciones sexuales con una persona infectada de este virus	Utilizando protección a la hora de tener relaciones sexuales		Corr
67-h	...teniendo relaciones sexuales sin protección o cuando una persona ya tiene el VIH se la transmite	Usando protección cuando tienes relaciones sexuales		Corr
68-h	Si un chavo o una chava tiene el VIH y ella Kiere ¹⁰² tener una relación sexual con su pareja es cuando el chavo o la chava sale contagiada solo se contagia por una relación sexual no por un simple contacto	No teniendo relaciones sexuales a cada rato o usando alguna protección		Corr

CUADRO 2.2 RESPUESTAS Y RESULTADOS DEL EJERCICIO

Utiliza los números del 1 al 7 y ordena los pasos a seguir para el uso del condón.			
MUJERES		HOMBRES	
Contestaron correctamente	Contestaron de manera incorrecta	Contestaron correctamente	Contestaron de manera incorrecta
19	9	32	8
68 participantes			

¹⁰² Sic

TABLA INFORMATIVA

C. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	S I F I L I S	G O N O R R E A	T R I C O M A S	H E P A T I T I S	C L A M I D I D I A	En la actualidad todas las ITS son curables			Los condones son efectivos para evitar las ITS.			Los condones son efectivos para evitar la transmisión del VIH		
						V	F	Ns	V	F	Ns	V	F	Ns
1-m		✓		✓			F		V			V		
2-m								Ns	V			V		
3-m				✓			F			F		V		
4-m	✓	✓		✓				Ns	V			V		
5-m		✓						Ns			Ns			Ns
6-m	✓	✓					F		V			V		
7-h		✓		✓			F		V			V		
8-h							F		V			V		
9-h				✓		V			V			V		
10-h	✓	✓					F		V			V		
11-h	✓	✓		✓			F		V			V		
12-h	✓	✓					F		V			V		
13-h	✓	✓		✓			F		V			V		
14-h	✓					V			V			V		
15-m	✓	✓		✓	✓		F			F		V		
16-m	✓	✓				V			V				F	
17-m	✓	✓	✓	✓			F		V			V		
18-m	✓	✓	✓		✓		F		V				F	
19-m				✓			F		V			V		
20-m	✓	✓		✓				Ns	V			V		
21-m	✓	✓					F		V			V		
22-m	✓	✓	✓	✓			F			F				Ns

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	S I F I L I S	G O N O R R E A	T R I C O M A	H E P A T I T I S	C L A M I D I D I A	En la actualidad todas las ITS son curables			Los condones son efectivos para evitar las ITS.			Los condones son efectivos para evitar la transmisión del VIH		
						V	F	Ns	V	F	Ns	V	F	Ns
23-m	✓						F		V			V		
24-m	✓						F			F				Ns
25-h	✓	✓		✓		V			V			V		
26-h	✓	✓				V			V				F	
27-h		✓					F		V				F	
28-h	✓						F			F			F	
29-h	✓	✓	✓				F			F			F	
30-h				✓			F		V			V		
31-h	✓	✓		✓			F		V			V		
32-h			✓	✓			F		V			V		
33-m	✓	✓		✓	✓		F		V			V		
34-m	✓			✓			F				Ns		F	
35-m		✓		✓			F			F		V		
36-m			✓			V			V			V		
37-m		✓		✓			F		V			V		
38-m	✓							Ns	V			V		
39-m	✓						F		V					Ns
40-m	✓	✓		✓			F		V			V		
41-m		✓				V			V			V		
42-m		✓		✓			F		V			V		
43-m		✓						Ns	V			V		
44-m	✓	✓		✓		V					Ns	V		
45-h	✓	✓	✓	✓	✓	V			V			V		
46-h	✓	✓	✓	✓	✓	V			V			V		
47-h		✓				V				F		V		

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	S I F I L I S	G O N O R R E A	T R I C O M A	H E P A T I T I S	C L A M I D I D I A	En la actualidad todas las ITS son curables			Los condones son efectivos para evitar las ITS.			Los condones son efectivos para evitar la transmisión del VIH		
						V	F	Ns	V	F	Ns	V	F	Ns
48-h		✓		✓			F		V			V		
49-h	✓	✓		✓			F		V			V		
50-h		✓					F		V			V		
51-h	✓	✓		✓		V			V			V		
52-h		✓					F		V				F	
53-h		✓		✓		V			V			V		
54-h				✓		V				F		V		
55-h		✓		✓		V			V			V		
56-h	✓	✓		✓			F		V			V		
57-h	✓	✓	✓				F		V			V		
58-h			✓					Ns	V			V		
59-h								Ns	V			V		
60-h				✓			F		V			V		
61-h	✓		✓	✓		V			V			V		
62-h	✓	✓	✓	✓				Ns	V			V		
63-h		✓		✓			F		V			V		
64-h				✓			F		V			V		
65-h				✓				Ns	V			V		
66-h	✓	✓						Ns	V			V		
67-h	✓					V			V			V		
68-h	✓							Ns			Ns			Ns

CUADRO 2.3 RESPUESTAS Y RESULTADOS DEL EJERCICIO

En la actualidad todas las ITS son curables			Los condones son efectivos para evitar las ITS.			Los condones son efectivos para evitar la transmisión del VIH		
Verdadero	Falso	No Se	Verdadero	Falso	No Se	Verdadero	Falso	No Se
17	39	12	55	9	4	55	8	5
68 participantes			68 participantes			68 participantes		

TABLA INFORMATIVA

D. UNIÓN DE PAREJA E INICIO DE LA VIDA SEXUAL

	¿Entre las mujeres jóvenes de tú comunidad, cuál es la edad para que inicien su vida sexual?	¿Y cuál es la edad ideal para que los hombres jóvenes de tú comunidad inicien su vida sexual?	¿Cuál es la edad ideal para que las mujeres de tú comunidad vivan una relación de pareja, (ya sea en unión libre o casadas)?	¿Cuál es la edad ideal para que los hombres vivan una relación de pareja, (ya sea en unión libre o casados)?
M U J E R E S	<ul style="list-style-type: none"> - 12 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 22 - 26 <p>Otro tipo de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La verdad no se - Sin respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - 12 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 23 - 27 <p>Otro tipo de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se no le pongo atención a eso 	<ul style="list-style-type: none"> - 19 - 20 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 28 - 29 <p>Otro tipo de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Depende mucho de su edad - No se 	<ul style="list-style-type: none"> - 18 - 19 - 20 - 22 - 23 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 <p>Otro tipo de respuesta o situación</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta los 30 - No se - Hay quienes no comprendieron la pregunta
H O M B R E S	<ul style="list-style-type: none"> - 13 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 25 <p>Otras respuestas o situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se - 1 persona no contestó - Depende de sus necesidades de pareja - ..Cuando se gusten 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 - 14 - 16 - 17 - 18 - 20 - 21 - 22 - 23 - 28 - 30 <p>Otras respuestas o situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se - Depende de sus necesidades de pareja - Después de los 10 años 	<ul style="list-style-type: none"> - 17 - 18 - 19 - 20 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 30 <p>Otras respuestas o situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 persona no contestó - Depende de sus decisiones - No hay edad 	<ul style="list-style-type: none"> - 15 - 16 - 17 - 18 - 20 - 22 - 23 - 25 - 28 - 30 - 35 <p>Otras respuestas o situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se - Hasta los 30 - Depende de sus decisiones

TABLA INFORMATIVA

E. EMBARAZOS NO DESEADOS

Métodos anticonceptivos que dicen conocer y tener información completa y clara

	Pastillas	INyec.	CONDÓN	DIU	RITMO	VASECT	SALPINGO	COITO INT.	OTRO
1- m	✓		✓						
2 - m	✓		✓		✓	✓	✓		
3 - m	✓	✓	✓	✓			✓		
4 - m	✓		✓	✓		✓	✓		
5 - m	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
6 - m			✓						
7- h	✓		✓			✓	✓		
8 - h	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
9 - h	✓		✓			✓			
10- h	✓		✓			✓	✓	✓	
11 - h	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
12 - h			✓			✓	✓		
13 - h	✓	✓	✓			✓	✓		
14 - h	✓	✓	✓						
15 - m	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
16 - m	✓		✓	✓		✓			
17 - m	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
18-m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
19 -m	✓	✓	✓						
20-m	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
21-m	✓	✓	✓	✓					
22-m									

EMBARAZOS NO DESEADOS

Métodos anticonceptivos que dicen conocer y tener información completa y clara

	Pastillas	INyec.	CONDÓN	DIU	RITMO	VASECT	SALPINGO	COITO INT.	OTRO
23-m	✓		✓	✓			✓		
24-m	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
25-h	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
26-h				✓		✓	✓	✓	
27-h	✓		✓	✓		✓	✓		
28-h			✓		✓			✓	
29-h	✓		✓	✓		✓		✓	
30-h	✓	✓	✓		✓			✓	
31-h	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
32-h	✓		✓	✓		✓		✓	
33-m	✓		✓			✓	✓	✓	
34-m	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
35-m	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
36-m	✓	✓	✓	✓					
37-m	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
38-m			✓						
39-m	✓	✓	✓						
40-m	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
41-m	✓		✓						
42-m	✓	✓	✓	✓					
43-m	✓		✓	✓		✓	✓		
44-m	✓		✓						
45-h	✓		✓	✓	✓	✓			
46-h	✓	✓	✓	✓		✓	✓		

EMBARAZOS NO DESEADOS

Métodos anticonceptivos que dicen conocer y tener información completa y clara

	Pastillas	INyec.	CONDÓN	DIU	RITMO	VASECT	SALPINGO	COITO INT.	OTRO
47-h	✓	✓	✓						
48-h	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
49-h	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
50-h	✓		✓			✓	✓		
51-h	✓					✓	✓	✓	
52-h				✓		✓	✓		
53-h	✓	✓	✓			✓	✓		
54-h	✓		✓	✓	✓				
55-h	✓	✓	✓	✓			✓		
56-h									
57-h	✓		✓	✓					
58-h	✓	✓	✓						
59-h	✓		✓						
60-h			✓						
61-h	✓		✓	✓		✓			
62-h	✓	✓	✓	✓					
63-h						✓			
64-h			✓			✓	✓		
65-h	✓		✓	✓					
66-h	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
67-h	✓		✓						
68-h	✓	✓	✓						

CUADRO 2.4

RESUMEN DEL EJERCICIO: RESPUESTAS Y RESULTADOS

Información sobre Métodos anticonceptivos	De mayor a menor nivel de información	
Condón	62	<p>De las 68 personas participantes: 62 personas conocen el condón.</p> <p>De las 68 personas, 28 mujeres:</p> <p>1 mujer no contesto.</p> <p>27 mujeres dicen conocer y tener información completa del condón.</p> <p>De las 68 personas, 40 hombres:</p> <p>1 hombre no contestó.</p> <p>35 hombres dicen conocer y tener información completa del condón, 4 hombres contestaron no conocer o tener información completa.</p>
Pastillas Anticonceptivas	57	
Vasectomía	40	
Diu	38	
Salpingo	33	
Inyecciones	32	
Coito Interrumpido	16	
Otro		

EMBARAZOS NO DESEADOS

	¿Qué significa para ti un “Embarazo no Deseado”?	¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?
1- m	Pues quedar embarazada en el tiempo menos indicado ni en la edad indicada pues ya que te trae muchos problemas como joven, por ejemplo si estas estudiando te tienes que salir de la escuela, si la pareja no se hace cargo te tienes que hacer cargo tú como mamá, si tus papás no te apoyan dejar tus estudios para ponerse a trabajar	Pues que aun no están en edad para tener relaciones sexuales y mucho menos para tener hijos
2- m	...bueno mujer está embarazada pero eya ¹⁰³ no quiere porque al tener relaciones se descuido	Tenerlo y dar en adopción
3- m	El tener un hijo no planeado	Cuando tengan relaciones se cuiden y lo agan ¹⁰⁴ responsablemente. Que no tengan relaciones en una edad no adecuada
4- m	...pues tener relaciones sexuales y no usar ningún MA y no cuidarte	Pues tener más cuidado. Utilizar MA
5- m	Cuando uno como mujer no esta preparada para criar a un hijo o ambos no saben cómo hacerse responsable y es cuando los problemas existen	Que cuando tengan relaciones sexuales usen MA
6- m	Cuando tienen relaciones sexuales sin responsabilidad y sin protección	No sé cómo responder esto
7- h	Algo que no esté planeado por la pareja	Usando MA, saber más de los MA y el más importante no teniendo relaciones sexuales
8- h	Tener relaciones con tu pareja y salga embarazada ya que no lo planearon	No teniendo relaciones sexuales usando MA seguros o el 99% de seguridad
9- h	Cuando una pareja tiene relaciones sexuales pero por no utilizar bien el condón o se rompió puede surgir este problema	Pues darnos unas platicas más estructuradas sobre cómo prevenir las ETS o más el embarazo no deseado
10- h	Cuando tienes relaciones no protegidas ¹⁰⁵ a partir de esto se origina un embarazo con el cual ves interrumpida a tú vida y piensas que arruinaste tú vida	Procurar no tener relaciones sexuales hasta un tiempo determinado. Tener relaciones sexuales con protección
11- h	...un riesgo de que a temprana edad ya seas padre de familia y eso implica a 1. que ya no sigas estudiando y así 2. que en ocasiones te prives de tú libertad	Pues que si tengas relaciones sexuales pero que usen un MA y se cuiden
12- h	Es cuando una pareja tiene relaciones sexuales y utilizan condón pero se les yega ¹⁰⁶ a romper y la mujer queda embarazada	Pues algunas mujeres los demandan para que se agan ¹⁰⁷ cargo del hijo y en otras pues no hacen caso y no se acen cargo de el bebé y pues la madre lo tiene que cuidar

¹⁰³ Sic

¹⁰⁴ Sic

¹⁰⁵ Sic

¹⁰⁶ Sic

¹⁰⁷ Sic

EMBARAZOS NO DESEADOS

	¿Qué significa para ti un “Embarazo no Deseado”?	¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?
13- h	Cuando una mujer queda embarazada pero no quiere que nazca su bebé porque destruiría su vida	Pues que usen algún MA para que no queden embarazadas
14- h	Que las parejas tengan hijos pero que nunca lo ayan ¹⁰⁸ pensado tener y que todo sea causa de un problema que no previnieron y que se les aya presentado	Que lo piensen antes de acerlo ¹⁰⁹ tomen medidas adecuadas. Utilicen métodos adecuados
15-m	El que te embaraces sin haberlo planeado	Ayudarlos a salir adelante como: Seguir estudiando que le ayuden sus padres
16-m	Cuando la pareja después de concebir una relación genitosexual queda embarazada la mujer sin haberlo planeado o por un descuido de ambas partes, tanto del hombre como de la mujer	Sobre todo yo digo que fijarse una meta para que una persona no sea método de distracción y la otra la abstinencia
17- m	El tener un bebé a una edad muy temprana	Usar más que nada protección (precervativo) ¹¹⁰
18- m	Es cuando dos personas tienen relaciones sexuales pero sin encambio ¹¹¹ alguna de las dos personas no acepta tener relaciones sexuales esto se da en una violación ya que la mujer ha sido forzada a que tengan relaciones sexuales o cuando se rompe el condón	-Estar bien informados. -Acudir a un centro de salud que métodos te pueden servir -tener relaciones sexuales a una edad adecuada
19 -m	Significa embarazarse a mu temprana edad sin saber que va a hacer con su vida y con el que vienen en camino	Pues que si van a tener relaciones sexuales que tengan pero siempre y cuando usen protección ambos para no estarse lamentando después de que la mujer queda embarazada y después no sepan qué hacer
20-m	Cuando ocurre una violación o cuando tienen sexo sin protección pero no esperaban que la mujer quedará embarazada o cuando el condón se rompe	Pues que tengan a los bebes y si no los quieren darlos en adopción. Que no aborten. Que no tengan relaciones sexuales.
21-m	Que la persona en este caso la mujer pudo haber sido violada o por el simple hecho de no usar algún MA durante su relación sexualsi la mujer fue violada y no quiere hacerse cargo del bebé que lo tenga y después de en adopción y otra si la mujer o el hombre van a tener relación que utilicen condón o MA
22-m	Pues cuando nunca fue planeado nunca pensaste que te embarazarías nunca viste tú futuro con un embarazo	Hasumir ¹¹² las consecuencias de sus actos y tener la responsabilidad correcta hacia ese nuevo ser que esta creciendo
23-m	...es que ya no puedas seguir con tus estudios o con las metas que teníamos planeado	..pues antes que tuvieran relaciones se cuidaran
24-m	Un embarazo no deseado implica mucha responsabilidad, no puedes salir pierdes privilegios y en algunas ocasiones estas frustrada y no puedes continuar con tus estudios	Utilizar preservativo
25-h	Que los padre no van a quererse como se debe	Que se haga un centro de apoyo para ellas para que sepan como sobresalir

¹⁰⁸ Sic

¹⁰⁹ Sic

¹¹⁰ Sic

¹¹¹ Sic

¹¹² Sic

EMBARAZOS NO DESEADOS

	¿Qué significa para ti un “Embarazo no Deseado”?	¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?
26-h	Cuando la mujer tiene relaciones sin protección y queda embarazada y ella no esta dispuesta a quedar embarazada	Pues dar unas platicas sobre qué podría pasar si o se utilizan los condones o algún otro método en las relaciones sexuales.
27-h	Cuando las violan a las mujeres o no desean tener un embarazo	Cuidarse de las violaciones
28-h	Es cuando una pareja tiene relaciones a muy temprana edad y no quieren arruinar su vida	Que planifiquen bien su vida sexual, que estén informados sobre sexualidad, conocerse bien, etc.
29-h	Es cuando una mujer pudo haber sufrido una violación y queda embarazada; también es cuando una pareja tiene relaciones y la mujer adolescente queda embarazada	Dar diferentes alternativas para poder tener el producto con una aceptación de la madre
30-h	Es cuando tienes relaciones sexuales y cuando tu pareja y tú no se cuidan y se da el embarazo no deseado porque no lo planearon y por el cual tu vida cambia porque tienes que dejar todos los planes a futuro que te habías planteado	Que se pueda interrumpir el embarazo por medio del aborto y asi se pueda refrendar el error de tener relaciones sexuales con tu novia este embarazada
31-h	Es básicamente cuando no lo planeas con tu pareja y pues la mujer se embaraza y empiezan los conflictos	Pues que se cuiden y cuiden a su pareja para asi prevenirlo y entender la situación
32-h	Tener un bebe que no quisiste que naciera o que evitaste que eso pasara	Usar un condón o los demás MA y evitar eso a temprana edad
33-m	Pues primero iniciar mi vida sexual a una edad muy chica, que 2 personas no se ayan ¹¹³ cuidado y sale la chica embarazada, pero ellos no se lo esperaban, y no saber qué hacer son su embarazo, en conclusión, nuestro país está pasando por una crisis muy severa y nosotros tenemos que prepararnos, después planificar si queremos tener hijos o 1 familia, “cuidarse”	Asistir al médico ya sea particular o de gobierno, informárselo a sus papás y checarsen en un caso poder abortar de 3 meses, 2 o 1 mas no. Seria peligroso
34-m	Hacer las cosas sin pensar que dentro de ti llevas una vida y que cometes el error de abortarlo x eso no es justo si lo vas hacer estarte prevenida antes de lamentarte	Más que nada repartiéndoles información sobre el tema para que estén prevenidos y explicarles paso a paso como va el procedimiento y a qué edad lo pueden hacer
35-m	Para mi el embarazo no planeado es cuando tu pareja no se encarga del bebé y que los hombres se van en esa situación	Ayudarlos en los problemas que tengan. Prevenciones
36-m	Que al momento de que tengan relaciones sexuales debes de tener información necesaria porque nosotros que somos adolescentes tenemos relaciones sin tener la información necesaria para que no tengamos embarazos no deseados	Que usen protección y que los hombres usen condón para que no tengan un embarazo no deseado
37-m	Cuando por querer experimentar realizas “sexo” sin protección y la mujer queda embarazada sin planearlo	Hacerles creer que una vez que estes embarazada ya no hay vuelta atrás

¹¹³ Sic

EMBARAZOS NO DESEADOS

	¿Qué significa para ti un “Embarazo no Deseado”?	¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?
38-m	Para mi significa estar embarazada aun no deseándolo será porque quizás todavía estoy chica que tengo un futuro por delante que aun no estoy preparada para cargar con una responsabilidad tan grande como para tener un hijo	Mi sugerencia sería que haya campañas para dar información a los chicos facilidades en el centro de salud los anticonceptivos que el más seguro es el condón
39-m	Que no quieran al bebé y que su pareja o papás quieran que aborte	Que estén preparados para tener relaciones sexuales y que si comenten el error de que salga embarazada la chava que su pareja la apoye y que no la obligue ¹¹⁴ a que haga cosas que no quiera
40-m	...significa que mi vida ya la perjudique, pero a la vez es bueno porque tienes la responsabilidad de ser mamá pero no a una edad que no quieres, traer al mundo a un ser humano es bueno, pero también te perjudicas tú, tienes una gran responsabilidad de ser madre y padre porque cuidar un hijo a temprana edad no es fácil al tener un hijo es mucha responsabilidad porque lo tienes que cuidar y más aparte dejar el estudio para trabajar	Que luchen para que le den una vida mejor a su bebé y que no aborten tal vez es bueno darlo en adopción a personas que no puedan tener hijos pero debes de verificar que tu hijo esté en buenas manos
41-m	Para mi el embarazo no deseado es muy difícil porque piensas qué será de tu vida	Yo estoy en contra del aborto todas las chavas que están embarazadas deben de tenerlo y si con los 9 meses de embarazo no lo quieren lo pueden dar en adopción hay muchos madres que desean con todo el alma tener un hijo
42-m	Salir embarazada y no tener una planeación de formar una familia	Que si tienen relaciones que se cuiden, que disfruten su vida que la tienen en sus manos y no disfrutándola con irresponsabilidades ¹¹⁵
43-m	Tener una protección	Que se protejan para no embarazarse y que disfruten de la vida
44-m	Muchas xavas ¹¹⁶ prefieren no tener a su bebé cuando se embarazan dicen ellas sin querer ¹¹⁷ pero para mi yo si aceptaría al bebé	Darles platicas a las chavas y chavos ya que ellos decidieron tener relaciones sabiendo las consecuencias
45-h	Es el tener sexo con el sexo opuesto sin protección y ellacular ¹¹⁸ dentro de la mujer y eso puede ocasionar un embarazo no deseado	Bueno todo depende de la pareja pueden tener al niño o lo pueden donar al momento de nacer o abortarlo
46-h	Cuando no está planeado	Sabiendo acerca de eso
47-h	...el joven no tiene con que mantener al hijo y la mujer no sabe la reacción de sus padres con lo cual quiere perderlo	No se
48-h	El embarazo no deseado es cuando una pareja no tiene planeado tener hijos pero por algún problema con los anticonceptivos la mujer sale embarazada	Pues pedir información en el centro de salud pero que para que no lleguen a tener un embarazo no deseado

¹¹⁴ Sic

¹¹⁵ Sic

¹¹⁶ Sic

¹¹⁷ Sic

¹¹⁸ Sic

EMBARAZOS NO DESEADOS

	¿Qué significa para ti un “Embarazo no Deseado”?	¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?
49-h	...es cuando la pareja no está preparada para tener la responsabilidad de tener un hijo	Es darlos en adopción para no desproteger a los niños que ya na ¹¹⁹ sen sin padres
50-h	Cuando las mujeres sufren de una violación o también cuando ellas se dejan llevar x lo que siente x una persona ¹²⁰	Pues ellos lla saben lo que ocasiona cuando tienes relaciones puedes quedar embarazada o también (inentendible) puede aborta si ella quiere
51-h	Tener a una criatura que no esperabas tener	Pues que los den en adopción a los que no pueden tener hijos o criarlosya que es culpa de los dos
52- h	...significa que cuando una persona no quiere tener un hijo pues loa abortan	Pues para mi es de que se protejan bien ambos. Y pues si no tienen los métodos anticonceptivos no agan ¹²¹ lo que no quieran que pase
53-h	Que cuando una mujer al tener relaciones sexuales no utiliza un MA y al quedar embarazada ella siente que el bebe que espera es un estorbo y otras cosas y en ocasiones ¹²² esto puede provocar que la mujer se aga un aborto y esto produciría muchas consecuencias	Decirles que si se pueden tener relaciones pero con responsabilidad
54-h	En que una pareja tienen relaciones sin protección es ay ¹²³ donde surge un embarazo no deseado	Que cuando tengan relaciones se protejan y no sin protección
55-h	...es aquel que no está previsto para los jóvenes que no tienen mucha información o si la tienen pero no hacen el uso de los MA	La propuesta para atenderlos seria dependiendo de los jóvenes si es una persona que esta mal informada es probablemente que la entiendan y si es una persona que tiene los recursos e información ese acto entonces no seria justificado
56-h	Mucho porque al momento de tener un hijo tienes que dejar tus estudios y ponerte a trabajar para poder mantenerlos	Que ninguno de los dos deje de estudiar así terminando sus estudios y ya teniendo una carrera será más fácil educar y mantener a su hijo y que al momento de tener relaciones usen protección para evitar ese embarazo no deseado
57-h	Lla ¹²⁴ no sigan estudiando y no trabajan y sus padres son los que los mantienen	Dejen que la madre se haga responsable del bebe y que sea madre y padre al mismo tiempo
58-h	Es cuando una chava tiene relaciones sin protección o es violada y se embaraza	Pues que lo tengan y no aborte porque es una vida y el no tiene la culpa de que te embaraces
59-h	Es cuando tu todavía no esta listo para hacer una familia	Que cuando tengan relaciones usen protección
60-h	Algo inesperado para ti, una cosa que no habías planeado en tu vida	Que si una chica resulta embarazada pues que se haga cargo del bebe que espera junto con el joven para que la mujer no asuma toda la responsabilidad porque ella no lo hizo sola el joven la ayudo

¹¹⁹ Sic

¹²⁰ Sic

¹²¹ Sic

¹²² Sic

¹²³ Sic

¹²⁴ Sic

EMBARAZOS NO DESEADOS

	¿Qué significa para ti un “Embarazo no Deseado”?	¿Cuáles son tus sugerencias o propuestas para atender los Embarazos No Deseados en las y los adolescentes y jóvenes de tú comunidad?
61-h	...es cuando tienen relaciones sin protección es la forma que se da el embarazo y la mujer no se hace responsable o el hombre etc.	Hacer un debate o alguna conferencia sobre el embarazo no deseado y que si no quieren quedar embarazadas que se cuiden o usen medicamentos para prevenir el embarazo
62-h	...para mi significa muchas cosas por ejemplo porque los jóvenes tienen relaciones sexuales sin protección y luego la mujer sale embarazada y le dice al joven y el joven no se quiere hacer responsable y la mujer lo quiere abortar ¹²⁵	Mejor que tengan al veve ¹²⁶ y si nace que lo den en adopción ¹²⁷
63-h	...es cuando tienen relaciones sexuales a temprana edad sin anticonceptivos sin medir las consecuencias que eso puede traer	Quien sabe
64-h	El tener relaciones sin protección y embarazar a la mujer, pero que tanto el hombre como la mujer no querían tener al bebé	El informar a los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos que existen para que no existan los embarazos no deseados
65-h	Cuando dos personas tuvieron relaciones sexuales pero no querían tener un embarazo	Ciando responsables ante lo que hicieron ambos y acerce cargo de la criatura ¹²⁸
66-h	El que una pareja por no aver utilizado protección a la hora de tener relaciones quede marcada y comprometida x el resto de su vida ¹²⁹	Que no saben pensar en lo que quieren en realidad y se van en el sólo echo ¹³⁰ de la experimentación sexual
67-h	Cuando tienen relaciones sexuales sin responsabilidad y no se protejen ¹³¹	Que no se quieren hacer cargo del embarazo y no se asen ¹³² responsables
68-h	Pues que tienen relaciones sin atenerse a las consecuencias o sin usar alguna protección	Que usen alguna protección y que estén totalmente seguros de lo que van a ser ¹³³ para que no se arrepientan más adelante

¹²⁵ Sic

¹²⁶ Sic

¹²⁷ Sic

¹²⁸ Sic

¹²⁹ Sic

¹³⁰ Sic

¹³¹ Sic

¹³² Sic

¹³³ Sic

TABLA INFORMATIVA

F. MATERNIDAD EN SOLTERÍA.

	En la comunidad donde vives, qué pasa con LAS JÓVENES que son madres solteras ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan?	¿Y qué pasa o qué hacen LOS JOVENES de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente”?
1- m	Que tienen que trabajar para mantener al bebé. Lo descuidan mucho tiempo. En ocasiones no hay quien se los cuide	Pues no les importó y siguen teniendo relaciones
2 – m	...tenerlo y después trabajar, algunas son suerte y encuentran un hombre bueno quiera a su hijo	No se
3 – m	A que no tienen con quien dejar a sus hijos para que ellas puedan trabajar, que no tienen facilidades de dinero, que se limitan al comprar cosas	...ellos no se hacen responsables de sus actos
4 – m	Pues al que su familia no las apolle a k no tengan en que trabajar, etc. ¹³⁴	Pues los obligan a casarse a hacerse responsable
5 – m	La falta de dinero, puede pasar también que sean criticadas por las otras personas o señaladas	No pasa nada porque dicen que ellos no tienen la culpa de nada que las mujeres son las que se deben de cuidar pero ellos se lavan las manos
6 – m	Que no pueden ir a trabajar para el bienestar de sus hijos. No tienen mucho apoyo	Se deslindan de grandes responsabilidades que por su irresponsabilidad o tal vez por falta de información ocasionaron
7- h	Depende si la mujer tiene profesión o no tiene, si tiene profesión en madres soltera no le faltaría tanto el dinero pero en la que no tiene profesión tienen que buscar donde sea. También si los padres les apoyan a tener una vida de madre soltera o no lo asepan ¹³⁵	No conozco
8 – h	Se tienen que ir a trabajar ya que son dejadas y no tienen a un hombre que las respalde. Dejan a sus niños a personas que probablemente no lo cuiden bien. Que le pase algo a su niño. Que se enferme el bebé	Los obligan a casarse. Si es menor de edad lo meten a la cárcel.
9 – h	Tiene que ver cómo sacar adelante a su hijo y cómo alimentarlo y tiene que salir a trabajar para sobrellevar los gastos del hijo.	Pues no sobrellevan los gastos del hijo y no se preocupan de nada
10– h	Rechazo a la sociedad. Críticas, la falta de comprensión, el impedimento al trabajo	Huyen al tener miedo de una paternidad El miedo a que les hagan algo
11-h	... que sus hijos carezcan de algunas necesidades o se priven de algo y que hablen mal de la mamá	SIN RESPUESTA
12-h	Que tienen que batayar ¹³⁶ mucho para sacar adelante a su hijo y tienen problemas económicos asta a veces dejan de cuidar al niño lo encargan con la abuela para que la madre tenga que salir a trabajar para resolver los problemas económicos	Pues algunas mujeres los demandan para que se agan ¹³⁷ cargo del hijo y en otras pues no hacen caso y no se acen cargo de el bebé y pues la madre lo tiene que cuidar

¹³⁴ Sic

¹³⁵ Sic

¹³⁶ Sic

¹³⁷ Sic

MATERNIDAD EN SOLTERÍA.

	En la comunidad donde vives, qué pasa con LAS JÓVENES que son madres solteras ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan?	¿Y qué pasa o qué hacen LOS JOVENES de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente”?
13-h	Pues atender a sus hijos y salir a trabajar	Pues se van y no vuelven a regresar para evadir las responsabilidades
14-h	La falta de recursos para sostenerte o que alguien le falte a su esposo para cuidarse	Se buscan a otra mujer o simplemente se van y ya no regresan
15-m	El no poder mantener a sus hijos	Huyen porque no quieren hacerse cargo de los hijos
16-m	A todos, ya que ya q l tener un hijo tú te abstienes de muchas cosas como lo son: el salir a divertirte, el pensar solamente en ti, en pocas palabras en todo ya que existe una responsabilidad enorme	Pasa que ahí los jóvenes no están preparados para pasar de jóvenes a padres y a lo mejor no realizó el bebé con amor.
17-m	Acerce ¹³⁸ cargo de una responsabilidad que no era de ellas que no estaba en ese tiempo	Dejan los estudios para trabajar y mantener al bebé
18-m	Ya no tener libertad. Se limitan a que se compren algo para ellas. El apoyo de sus padres se los niegan. Puede que reciban violencia de sus esposos Acudan a un aborto. Se estresen. No llevan una vida normal	No es algo valorativo. Los pueden matar por no hacerse cargo de su hijo. Son mediocres. No son hombres responsables. Son personas violentas
19-m	A sacar a sus hijos adelante solas que no tienen a nadie para que los apoye en sus vida	Pues simplemente te dicen no te conozco ni se quién eres y ese hijo no es mío pues como te metiste conmigo te pudiste meter con otro
20-m	Los privilegios de los que gozaban se acabaran. Se les agotaron las oportunidades. El apoyo de sus padres tal vez lo pierdan. Tendrán que trabajar para sacar a sus hijos adelante	Después se arrepienten y regresan a querer ver a sus hijos. Pues se van y nunca regresan
21-m	Porque tienen que conseguir un trabajo y bueno si la maternidad se da cuando una jovencita está estudiando pues tiene que dejar de estudiar para dedicarse a su bebé	Algunas las demandan
22-m	Tienen que dejar a sus hijos con sus mamás “familiares” para que puedan trabajar y salir adelante con sus hijos	Pues andan por el mundo como si nada.
23-m	Los chismes de la gente.	SIN RESPUESTA
24-m	Muchas veces no logran conseguir trabajo en ocasiones ¹³⁹ las corren de su casa	Utilizar preservativo
25-h	No tendrán los recursos necesarios para salir adelante	Dejan con todo a la mujer que quiere decir que seara ¹⁴⁰ responsable de sus gastos
26-h	Pues a enfrentar solas el mundo para sacar adelante a su familia y las críticas de las personas que las rodean	Pues la verdad no se
27-h	Sacar adelante a sus hijos y trabajar para darles de comer	...violan a las señoritas

¹³⁸ Sic

¹³⁹ Sic

¹⁴⁰ Sic

MATERNIDAD EN SOLTERÍA.

	En la comunidad donde vives, qué pasa con LAS JÓVENES que son madres solteras ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan?	¿Y qué pasa o qué hacen LOS JOVENES de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente?”
28-h	1. Que ya tienen una responsabilidad más. 2. Ya no pueden trabajar 3. Es más difícil la vida	1. Se van por un tiempo a trabajar 2. Dicen que de ellos no es el bebé 3. No les importa si el bebé vive no.
29-h	Los obstáculos es aprender a salir adelante con su hijo(a) sin ayuda de nadie. Poder darles una buena educación y el amor de un padre	Se convierten en unos irresponsables y unos malos ejemplos de paternidad.
30-h	En mi casa tengo una prima que es madre soltera y el primer obstáculo que ha tenido es que debido al embarazo tuvo que abandonar la escuela y ahora no puede salir porque todo el tiempo está cuidando a su hijo.	En parte huir es cobardía porque yo soy hombre y tengo una hermana y el que huye es un cobarde porque te pierdes la oportunidad de conocerlo y de ver crecer a un hijo
31-h	Pues se enfrentan a diferentes situaciones como mantener a sus hijos y trabajar muy duro	Se olvidan de su pareja así como del hijo para evadir su responsabilidad.
32-h	Que sus hijos no conozcan sus padres que terminan solas y sin trabajo	Buscan la forma de salir corriendo se buscan a otra se quedan con ella y no dan la car
33-m	Trabajar y dejar a sus hijos con sus familiares para cuidarlos y ellas pues irse a trabajar.	La chava que es mamá de la nena del joven le dice que se olvide de su hija
34-m	Más que nada no tener un padre para sus hijos y tienen que trabajar mucho para poder mantenerlos hay muchas que se lo lamentan al igual hay personas que pueden solas sin la necesidad de estar con un hombre	A ellos no les importa nada si sufren o no sus hijos y para ellos es como un juego gracioso que por último terminan en la cárcel por no darles atención que se merecen
35-m	Que no tienen la culpa de los deseos ...	Que los jóvenes no desean llevarse de los demás
36-m	Que el momento que tengan relaciones no usen protección y que la embarazen y después el chavo nos e quiere hacer cargo del hijo porque dice que no es de él y por eso debe de tener ideas necesarias	Que el novio dice a veces que lo debe de abortar o que lo tengan sin su presencia y el chao deja a la novia y dice que ya no quiere saber nada de ella y que nunca la quiso que sólo fue un pasatiempo
37-m	Que sus hijos no tengan un padre y que las tachen de locas	Los padres de la chica los obligan a casarse pues creen que es la única solución
38-m	Que no tienen con que mantener a su niño que es difícil que les den trabajo porque son menores de edad y no hay muchas oportunidades para eyas ¹⁴¹	La verdad no e visto un caso ¹⁴²
39-m	Que hablan mal de ti y que te critiquen. No aceptan cómo eres	Nada porque para ellos no les perjudica
40-m	Es una gran responsabilidad para ellas ya que tienen 2 papeles que enfrentar ser mamá y papá	No se bien los casos de los jóvenes que enfrentan esta situación
41-m	El no poder tener un trabajo el decir de la gente aunque no les deba importar pero las jovencitas son señaladas por su propia madre o abuelos	Se sienten los muy hombrecitos al decir que tienen un hijo pero no se hacen cargo de ellos porque según dudan de ser el padre

¹⁴¹ Sic

¹⁴² Sic

MATERNIDAD EN SOLTERÍA.

	En la comunidad donde vives, qué pasa con LAS JÓVENES que son madres solteras ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan?	¿Y qué pasa o qué hacen LOS JOVENES de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente”?
42-m	No tener un salario para sacar a sus hijos adelante	No vuelven y no les importa
43-m	Trabajar y tener que mantener a sus hijos para sacarlos adelante	No dan a conocer a sus hijos y otra vez siguen así hasta dejar hijos por todos lados
44-m	Su familia muchas veces no las aceptan o los xavos ¹⁴³ les piden que aborten	Las chicas terminan quedándose con los papás y ellas solas se hacen responsables del bebé
45-h	La primera es enfrentar el embarazo sola la segunda es averse ¹⁴⁴ cargo del niño por completo para toda la vida y no puedes trabajar	Pues huyen graciosamente por el mundo al no poder con el niño
46-h	Cuando el hombre se va y la deja sola	Para no hacerse cargo de ellos
47-h	Irse a trabajar y mantener a sus hijos	Dicen que no es suyo
48-h	Pues que a veces tienen que salirse de la escuela para que puedan trabajar y para darle de comer a su hijo y en algunos casos sus padres las corren de su casa	Pues dicen que el hijo no es de él que no saben con quien más se acostó la mujer, pero en algunos casos los hombres que se hacen cargo del bebé tienen que irse a trabajar
49-h	Primero el trabajo después el tiempo libre y luego revisión y atención de los niños	No tienen la suficiente responsabilidad para averse ¹⁴⁵ cargo de su hijo y su pareja
50-h	Los obstáculos que pueden tener ellas es que las humillen por embarazarse tan jóvenes o también no tener apollo ¹⁴⁶ de sus padres limitaciones que pueden llegar es abandonar a sus niños o también dalo en adopción	Pues se van de su casa para que no les agan ¹⁴⁷ nada malo...algunos se van lejos o con sus familiares
51-h	Pues se enfrentan a ser papá y mamá a la vez de salir a trabajar para darle de comer a su hijo	Pues se van a vivir a otra parte y no regresan con la persona que le hicieron el hijo
52-h	Pues que a la vez hacen función de los dos géneros como padre y como madre pero para ellas les pesa mucho las dos funciones	Pues algunos sí y otros enfrentan los obstáculos que llevan a que les su momento de locura
53-h	Una mujer cuando es madre soltera tiene muchos obstáculos para su vida 1. Son muy pocas las posibilidades para salir adelante 2. Creen que están solas 3. No consiguen un buen trabajo 4. La economía	Cuando son encontrados los meten a la cárcel por evadir su responsabilidad.

¹⁴³ Sic

¹⁴⁴ Sic

¹⁴⁵ Sic

¹⁴⁶ Sic

¹⁴⁷ Sic

MATERNIDAD EN SOLTERÍA.

	En la comunidad donde vives, qué pasa con LAS JÓVENES que son madres solteras ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan?	¿Y qué pasa o qué hacen LOS JOVENES de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente”?
54-h	Una de ellas es que no pueden trabajar por el bebé que tuvieron cuando ya pueden trabajar es cuando el bebé ya ba ¹⁴⁸ a la escuela	Los jóvenes de mi comunidad evaden ese derecho porque cuando la chica les dice que está embarazada el joven le contesta que ese niño puede ser de cualquier otro y no se asen ¹⁴⁹ cargo del hijo
55-h	Los principales obstáculos serían no poder mantener al hijo o hija el sustento al no tener al padre de la hija se las ve duras al no poder darle todo al hijo	Sería falta de hombría porque no tienen los suficientes pantalones para ayudar a la mujer
56-h	Pues dejan sus estudios y se ponen a trabajar porque los hombres no se quieren hacer cargo de eyas ¹⁵⁰	Pues eyos ¹⁵¹ se van a vivir a otra parte y evaden su responsabilidad porque no se quieren hacer cargo de ellos
57-h	Ya no siguen estudiando y no trabajan y sus padres son las que las mantienen	Dejan que la madre sea la que se haga responsable del bebé y que sea madre y padre al mismo tiempo
58-h	Pues tienen que ir a trabajar para mantenerlo que los padres te regañan que tu novio no quiera tenerlo y no hacerse cargo del niño	Ellos se traen a sus novias para que lo tengan
59-h	Que están solas y no tienen los suficientes recursos para sobrelivir	...a la mujer la dejan sola con el hijo y el niño no tiene la culpa de los errores de los padres
60-h	Que muchas tienen que trabajar para mantener a sus hijos o en algunos casos las jovencitas dejan al niño con sus padres y se van y no vuelven. Después de un tiempo regresan por su hijo cuando ya está más grande y al principio toda la carga se la dejan a sus padres.	Se van y no regresan. Nada más les dicen que se van a ir a trabajar pero no vuelven a regresar. Cuando regresan las chicas ya formaron su vida con su esfuerzo propio
61-h	Que después de que nace su bebé las madres se dedican a trabajar con mucho esfuerzo para sacar a sus hijos adelante	Que van a embarazarse lejos y que no vuelven y se vuelven irresponsables de sí mismos
62-h	Al no tener aumenta la falta de recursos	NO SE
63-h	El obstáculo al que se enfrentan es que sus padres les dan la espalda no la apoyan el novio las deja y no tienen recursos suficientes para mantener a su hijo	Pueden contagiarse de alguna enfermedad
64-h	Los escasos recursos por que la madre no puede mantener a su hijo	Dejar a las mujeres que cuiden solas a su hijo
65-h	No poder trabajar y no tener ayuda	Se esconden o solamente no lo quieren aceptar

¹⁴⁸ Sic

¹⁴⁹ Sic

¹⁵⁰ Sic

¹⁵¹ Sic

MATERNIDAD EN SOLTERÍA

	En la comunidad donde vives, qué pasa con LAS JÓVENES que son madres solteras ¿cuáles son los principales obstáculos o limitaciones a las que se enfrentan?	¿Y qué pasa o qué hacen LOS JOVENES de tú comunidad cuando evaden la responsabilidad de su paternidad y “huyen graciosamente”?
66-h	El cómo mantener a su hijo no poder descuidar a su hijo limitarse a la hora de salir se le cierran las oportunidades	Son castigados por abandono intrafamiliar
67-h	Solas mantener a un bebé ser más responsables sacar adelante a su hijo	Que ya no se quieran acer cargo de un embarazo y no se asen ¹⁵² responsables
68-h	Al tener que trabajar a muy temprana edad y tener que saber ahorrar por si hay algún problema con ella o su bebé	Algunos padres buscan a los jóvenes para que se hagan responsables de sus actos

¹⁵² Sic

Formato de Ficha de Identificación de Necesidades

Temas de interés y necesarios para ti, de tener información.	En esta columna marca con el número 1 al tema de mayor importancia e interés para ti y; subsecuentemente del 2 al 5 a los de menor interés.
Sexualidad	
Prevención de Violencia sexual	
Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos	
Prevención de embarazo en adolescentes.	
Prevención de VIH – Sida	
Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	
Métodos anticonceptivos.	
Diversidad sexual (Heterosexualidad, Homosexualidad y lesbianismo)	
Interrupción del Embarazo	
Sexo seguro y sexo protegido	
Uso correcto y consistente del condón	
Paternidad y maternidad responsable	